

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 348

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul, Louis PLESSIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Né à Paris, le 3 février 1899.

TRAITEMENT

DU

BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e)

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul, Louis PLESSIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Né à Paris, le 3 février 1899.

TRAITEMENT
DU
BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e)

1931

I. — Professeurs :

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique.	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique.	LÉON BERNARD.
Clinique de la tuberculose	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	

II. — Agrégés en exercice :

ALAJOUANINE	ECALLE	HUGUENIN	OLIVIER
AUBERTIN	FEY	LEVEUF	PIEDELIEVRE
BENARD (HENRI)	GARNIER	LEVY-VALENSI	PORTES
SANNIE	GASTINEL	LIAN	QUENU
BROCQ	GATELLIER	HAZARD	RICHEL
BRULÉ	GIROUD	MILLOT	SEZARY
CADENAT	HARVIER	MONDOR	VALLERY-RADOT
CATHALA	HOVELACQUE	MOREAU	(Pasteur)
CHABROL	HUTINEL	MOULONGUET	VAUDESCAL
CHEVALLIER	JOANNON	MOURE	VELTER
DE GAUDART D'ALLAINES	LABBE (HENRI)	MULON	VERNE
DOGNON	LAROCHE (Guy)	OBERLING	VIGNES
DONZELOT	LEMAITRE		

III — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens :

BUSQUET	LEQUEUX	NEVEU-LEMAIRE	ZIMMERN
GUENIOT	LEROUX	RETTERRER	

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent :

ABRAMI	DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	METZGER
BASSET	DUVOIR	LE LORIER	MOCQUOT
CHEVASSU	FISSINGER	LEVY-SOLAL	PROUST
CHIRAY	HEITZ-BOYER	MATHIEU	SCHWARTZ

V. — Chargés de cours :

MAUCLAIRE	CHAILLEY-BERT	LEDoux-LEBARD	WEILL-HALLÉ
FREY			



A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL,

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

*en témoignage respectueux de ma
profonde admiration, avec l'assu-
rance de mon attachement et de ma
fidèle reconnaissance pour tout ce
qu'il a fait pour moi avec une inlas-
sable bienveillance.*

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR VEAU,
Chirurgien de l'Hospice des Enfants assistés,
Officier de la Légion d'Honneur.

Il sait mon respectueux et profond attachement. Les mots n'ajouteraient rien à la sincérité des sentiments. Une silencieuse affection a pour lui plus de prix que les plus éloquents discours.

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES LABEY,

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière,
Officier de la Légion d'Honneur,

en souvenir reconnaissant de l'heureuse année que j'ai passée dans son service. Sa bienveillance pour ses élèves, sa bonté pour ses malades resteront toujours pour moi un modèle.

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BAUMGARTNER,

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,
Officier de la Légion d'Honneur,

en témoignage de ma respectueuse et fidèle gratitude pour les conseils affectueux et éclairés dont il m'a entouré au début de mon internat.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

1923. M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL.
1924. M. LE DOCTEUR PISSAVY (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR RAVAUT.
1925. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARVIER.
1926. M. LE DOCTEUR COURCOUX.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN HUTINEL.

Internat :

1927. M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER.
1928. M. LE DOCTEUR VEAU.
1929. M. LE DOCTEUR LABEY.
1930. M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoulLET.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS :
OKINCZYC, ALAJOUANINE, GATELLIER, JEAN QUÉNU.

A MESSIEURS LES CHIRURGIENS DES HÔPITAUX :
L. BAZY, A. MARTIN, R. MONOD, GOUVERNEUR,
J.-CH. BLOCH, RICHARD, BRAINE, L. MICHON, AMELINE.

A MESSIEURS LES MÉDECINS DES HÔPITAUX :
MONIER-VINARD, RENÉ BÉNARD.

INTRODUCTION

J'entreprends un travail ardu; ma jeunesse n'a pas la fatuité de penser l'avoir mené à bien.

Je veux simplement exposer ici l'enseignement de mon maître, M. Veau, qui a passé quinze ans de sa vie à méditer sur les résultats des différents procédés opératoires.

Pendant l'année où j'ai été son interne, je l'ai écouté, j'ai compulsé tous ses dossiers. Tout ce que je dis ici a été revu par lui.

C'est derrière son autorité que j'abrite mon incompetence.

*
**

Il importe de bien se représenter que la chirurgie du bec-de-lièvre présente des différences fondamentales avec la chirurgie palatine, sa voisine, sa sœur jumelle.

Dans la chirurgie palatine, on n'a qu'un objectif : la fonction. La forme importe nullement ; personne ne connaît l'aspect extérieur du voile reconstitué ; mais quand on regarde le malade qui vient d'être opéré, le moins initié voit sans discussion si le résultat est un échec ou un succès.

Dans le bec-de-lièvre, la fonction n'existe pas : la forme seule compte, et quelle forme ! C'est le centre du visage. A la lèvre, il n'y a pas d'échecs (nous n'avons pas à parler des désunions totales qui sont une infime exception). Existe-t-il par contre des succès complets ? Pouvons-nous obtenir une forme absolument normale ? Telles seront les questions que nous devons envisager.

Dans la chirurgie du bec-de-lièvre, comme dans toute chirurgie esthétique, l'opérateur ne doit pas comparer la lèvre reconstituée avec la lèvre malformée ; ce serait trop facile de tirer vanité d'une intervention souvent très mauvaise. Le chirurgien doit comparer le résultat fourni par son intervention avec une lèvre normale dans tous ses détails. Il doit bien se persuader que, dans tout bec-de-lièvre, les éléments anatomiques sont toujours suffisants pour reconstituer une lèvre parfaite. S'il n'y

arrive pas (ce qui est la règle), qu'il ne dise pas : « C'est la faute de la malformation » ; ce serait trop commode d'excuser ainsi son ignorance ou sa maladresse. Si la lèvre reconstituée n'est pas absolument identique à une lèvre normale, on doit admettre que le procédé opératoire est insuffisant, ou que l'opérateur n'a pas su tirer tout le parti d'une méthode qui pouvait donner mieux.

Nous n'avons pas l'outrecuidance de jeter la pierre à celui qui reconstitue un visage différent de celui de la Joconde, mais nous voulons montrer ici que c'est le but accessible. Tant qu'on ne l'aura pas atteint, on ne doit pas se déclarer satisfait et il faut rechercher la cause des imperfections : elles existent dans la méthode ou dans l'exécution.

A ce point de vue, il convient encore de souligner la différence qui existe entre la chirurgie palatine et la chirurgie labiale. Les parents de l'enfant dont le palais a été opéré, suivant la vieille méthode de Langenbeck-Trélat, n'étaient jamais satisfaits de leur chirurgien. Au contraire, les parents d'enfants opérés de la lèvre sont toujours contents, même quand le chirurgien a commis les fautes les plus grossières, quand la lèvre reconstituée est d'une hideur sans nom. C'est que les parents ont toujours le souvenir du monstre qu'était l'enfant à sa naissance. On dira : « Si les parents sont satisfaits, pourquoi serions-nous plus exigeants, qu'eux, les plus intéressés ? Pourquoi chercher à améliorer une opération qui est suffisante, puisqu'elle donne déjà toute satisfaction ? »

Ce raisonnement est absolument juste et nous avons quelque scrupule à souligner des imperfections dont quelques-unes sont encore au-dessus des ressources thérapeutiques.

Admettons que ce soit par une coquetterie dont nous reconnaissons la vanité. Est-elle absolument vaine ? Je laisse aux jolies femmes (et même à certaines autres) le soin de répondre.

Pascal a dit que la face du monde aurait été changée si Cléopâtre avait eu le nez plus court.

Est-ce qu'il y a un chirurgien assez habile pour faire une Cléopâtre avec un bec-de-lièvre unilatéral total ? C'est du moins un bel idéal pour un chirurgien de chercher à concourir indirectement à changer la face du monde.

Tous les nez que nous avons reconstitués ne peuvent pas rivaliser avec celui de la reine d'Egypte, mais quelques-uns seraient capables de séduire nos modernes Antoinettes.

TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL

Il existe quatre formes de becs-de-lièvre ordinaires, bien différentes par leurs caractères, leur traitement et leurs résultats opératoires. Leur fréquence est très inégale :

- le bec-de-lièvre unilatéral simple = 33 %;
- le bec-de-lièvre unilatéral total = 48 %;
- le bec-de-lièvre bilatéral simple = 7 %;
- le bec-de-lièvre bilatéral total = 12 %.

On voit par ces chiffres l'extrême fréquence du *bec-de-lièvre unilatéral* qui, avec ses deux formes (simple et total), représente 81 % de la totalité des becs-de-lièvre ordinaires.

Dans ce travail, nous n'envisagerons strictement que le bec-de-lièvre unilatéral. Notre intention première était d'étudier le traitement des quatre formes; elles sont trop dissemblables pour se prêter à une étude d'ensemble, et nous avons été entraînés si loin dans les seules formes unilatérales que nous avons dû nous borner à celles-ci.

Nous espérons pouvoir nous occuper un jour des formes bilatérales, plus curieuses et souvent plus encourageantes dans leurs résultats, car les imperfections sont symétriques.

Les documents cliniques ne nous ont pas manqué pour étudier le traitement du bec-de-lièvre unilatéral. Nous avons dépouillé les registres du service des Enfants-Assistés, et notre expérience est basée sur l'étude de 205 cas opérés de becs-de-lièvre unilatéraux simples et de 325 cas opérés de becs-de-lièvre unilatéraux totaux. Mais notre éducation s'est considérablement accrue par l'examen attentif des documents photographiques concernant 140 cas de becs-de-lièvre unilatéraux opérés par d'autres chirurgiens français ou étrangers; ces faits ont été pour nous particulièrement instructifs, car ils nous ont montré les multiples écueils qu'il faut savoir éviter.

Dans la critique des résultats secondaires et, par conséquent, dans l'appréciation des méthodes opératoires, notre tâche a été rendue difficile par un fait que l'on oublie trop souvent lorsqu'on vante les bienfaits

ou les merveilles d'une intervention plastique chez les enfants : ce fait, c'est la croissance et le développement secondaire des tissus. L'opérateur n'agit pas, en effet, sur une matière inerte qui restera immuablement figée dans la forme et la situation qui lui auront été imposées; il travaille sur un organe vivant, *en puissance d'évolution*.

Au niveau de la face, il n'y a pas de région qui subisse un bouleversement plus complet que la région naso-labiale, et les transformations de la morphologie extérieure sont la preuve des modifications qui se produisent dans la profondeur : dans cette dynamique que nous ne con-

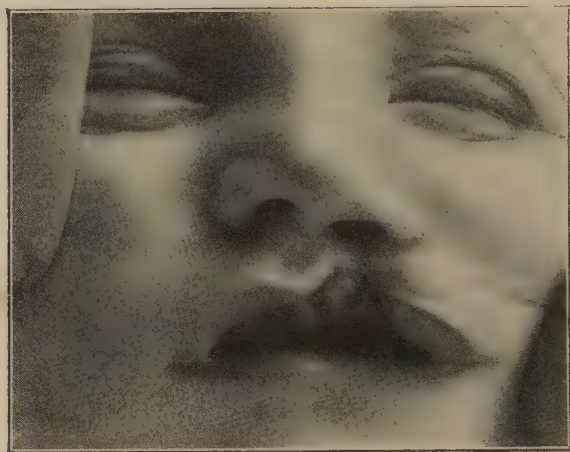


FIG. 1. — *Bec-de-lièvre unilatéral simple, 33 %.*

naissions pas encore, il se fait des bouleversements considérables. Quant à la configuration extérieure et aux multiples détails qui font de cette région le pôle esthétique du visage, ils subissent des modifications qu'aucune formule anatomique ne permet de régler. C'est la grande loi de l'hérédité qui règne en autocrate : elle dirige le modelage et la retouche des formes; nous en constatons les effets, nous pouvons dans une certaine mesure les prévoir, mais nous restons incapables d'en diriger l'ordonnance mystérieuse.

C'est dire la terrible difficulté que doit rencontrer le chirurgien dans ces opérations plastiques pratiquées dès le jeune âge. Il lui est malaisé de prévoir toutes les conséquences de ses actes. Dans une chirurgie qui ne devrait pas souffrir la moindre erreur, où les incisions et les sutures se comptent en demi-millimètres, l'opérateur déplace des tissus qui ont

en eux-mêmes une puissance de bouleversement formidable; si les directives opératoires qui le guident n'ont pas pour but de reconstruire les plans suivant leur ordonnance normale, si ces directives ne s'appuient que sur des considérations d'une esthétique provisoire, l'échec ou le désastre sont inévitables; les tissus se joueront de ses efforts et le résultat final sera lamentable.



FIG. 2. — *Bec-de-lièvre unilatéral total, 48 %.*

Combien de fois n'avons-nous pas vu l'opérateur se réjouir à bon droit d'être sur la voie d'une méthode idéale à la fin d'une intervention qui semblait justifier ses espoirs. Mais quelques mois, quelques années plus tard les résultats secondaires ne répondaient pas aux prémices; la force évolutive n'avait pas épuisé ses effets, et, se moquant des tentatives laborieuses du chirurgien, elle déformait la région qu'il s'était efforcé de restaurer avec peine. Inversement, certains résultats immédiats, apparemment médiocres, s'amélioreront grandement au cours du dévelop-

pement, au point de dépasser par la suite les impressions les plus optimistes qu'on aurait pu formuler au début.

On peut donc concevoir toute la peine que l'on éprouve pour juger les résultats d'une méthode et pour en apprécier la valeur; toute technique, qui n'aura pas été éprouvée par le recul du temps, fait partie du domaine des probabilités ou des hypothèses, elle ne peut avoir d'emblée la valeur d'un document rigoureusement scientifique.



Le traitement du bec-de-lièvre unilatéral comprend deux opérations fondamentalement différentes :

a) Une *opération pour la lèvre* : tous les tissus présentant une élasticité formidable, le problème ne consiste pas à trouver de l'étoffe, mais à reconstituer la sangle musculaire après avoir tracé des incisions qui répondent à une préoccupation anatomique. Cette fente de la lèvre est l'unique malformation du bec-de-lièvre unilatéral simple.

b) Une *opération pour la narine* : le problème est tout différent, car le squelette est largement fendu ; la brèche osseuse est heureusement tapissée d'une muqueuse qui a des qualités plastiques admirables et qu'il faut savoir utiliser judicieusement. Cette fente de la narine est la caractéristique du bec-de-lièvre unilatéral total, où la déhiscence de la lèvre et celle de la narine se trouvent associées.

Nous diviserons donc cette étude en deux parties bien différentes qui répondent à chacune de ces interventions.

Il est bien entendu que la première partie, concernant *la lèvre*, est commune aux deux formes du bec-de-lièvre unilatéral, simple ou total.

La deuxième partie, au contraire, concernant *la narine*, ne s'applique qu'aux becs-de-lièvre unilatéraux totaux.



Puisque nous avons posé comme principe, au début de notre avant-propos, que le chirurgien devait avoir comme seul objectif de reconstituer une forme parfaite dans tous ses détails, nous partirons de cet idéal (rarement atteint) et, au début de chacune des deux parties, nous décrirons tout d'abord quelle est cette *forme idéale*.

Puis nous rappellerons rapidement quelles sont les *méthodes* classiques qui se sont efforcées de corriger cette malformation.

Nous étudierons ensuite les *résultats* habituels obtenus par ces

méthodes; nous envisagerons successivement les imperfections qui relèvent d'une insuffisance de nos procédés opératoires, et les mauvais résultats qui sont dus aux erreurs ou aux maladresses qu'il faudrait savoir éviter.

Ces multiples exemples des résultats habituels sont des plus instructifs, car ils nous montrent les nombreux écueils que le chirurgien ne doit pas méconnaître; ils justifient également les recherches que nous avons entreprises pour améliorer les résultats opératoires.

Mais dans la correction d'une malformation congénitale, la meilleure méthode sera celle qui s'appuiera sur des fondements anatomiques et des données embryologiques indiscutables. Ce sont ces *bases anatomiques* et ces *directives embryologiques* que nous exposerons ensuite.

Le dernier chapitre sera consacré aux détails de la *technique* que nous employons actuellement sans affirmer d'ailleurs qu'il s'agit là d'une technique définitive.

En résumé, dans chacune des deux parties (lèvre, narine), nous envisagerons successivement :

- 1° La *forme idéale*, qui est notre ambition.
 - 2° Les *méthodes* habituelles proposées par les auteurs classiques.
 - 3° Les *résultats* de ces méthodes ou le fossé qui sépare l'idéal de la réalité.
 - 4° Les *bases anatomiques* et les *directives embryologiques* d'une méthode rationnelle.
 - 5° La *technique opératoire* qui marque notre étape vers un idéal que nous n'avons pas atteint.
-

PREMIÈRE PARTIE

LA LÈVRE

CHAPITRE PREMIER

LA FORME IDÉALE

Avant d'entreprendre la correction d'un bec-de-lièvre, le chirurgien doit avoir présent à l'esprit la forme exacte de la lèvre supérieure et les multiples variations morphologiques qu'elle présente. Son but doit être la reconstitution aussi parfaite que possible de tous les détails qui jouent, dans l'esthétique du visage, un rôle si important.

Il va sans dire qu'une telle tentative ne peut intéresser un artiste épris d'harmonie ou de beauté; son idéal serait sans doute bien loin de l'idéal purement anatomique que nous nous efforcerons de décrire dans ce chapitre. D'ailleurs, l'état d'esprit de l'artiste et celui du chirurgien sont essentiellement différents : le premier ne s'intéresse, dans un modèle, qu'à certains détails particuliers dont il va exagérer ou idéaliser les caractères pour donner à son œuvre la facture personnelle qui en fait l'originalité ; le second, au contraire, qui cherche à corriger une malformation congénitale, part d'un cas particulier et cherche à le faire rentrer dans la règle générale. L'artiste fait une analyse, le chirurgien réalise une synthèse.

Sans doute, la perfection n'est pas de ce monde et le chirurgien le plus habile ne pourra jamais rendre à la lèvre sa forme harmonieuse qui en fait tout le charme; celui qui croirait pouvoir y réussir à coup sûr aurait bien souvent de cruelles déceptions. Mais dans toute entreprise, il faut avoir un idéal; même si cet idéal est inaccessible, on doit s'efforcer de l'atteindre : les échecs ne sont jamais inutiles lorsqu'ils nous indiquent le chemin de la perfection.

Existe-t-il d'ailleurs un type idéal de lèvre supérieure ? Il paraît imprudent de répondre par l'affirmative, et les récentes exhibitions des

femmes nègres à plateau nous permettent de penser que cet idéal n'est pas le même sous toutes les latitudes. La question a d'ailleurs toujours plus intéressé les artistes et les sculpteurs que les médecins, et, lorsqu'on ouvre nos traités d'anatomie, on est frappé de la discrétion des auteurs sur ce sujet. Seul, le Docteur Meige, Professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts, a publié récemment un article magistral sur les variations morphologiques des lèvres, où il esquisse les principaux types observés communément dans la nature et leur interprétation par les artistes du passé. C'est à cette étude que nous empruntons les détails d'anatomie plastique qui vont suivre (fig. 3-4).

La lèvre supérieure présente, entre son bord inférieur muqueux et la

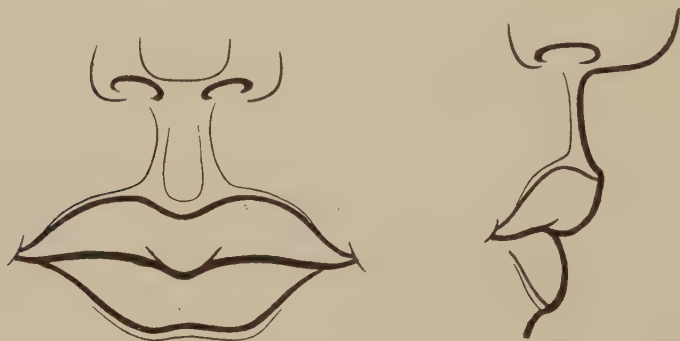


FIG. 3-4. — Les formes idéales de la lèvre, d'après Meige.

région nasale, trois particularités importantes qui jouent un rôle de premier ordre dans la plastique de cette lèvre : le *philtron*, le *liséré labial* et le *tubercule labial médian*.

1° LE PHILTRON

On décrit sous ce nom la gouttière verticale qui se trouve sur la ligne médiane au-dessous de la cloison du nez, et que limitent latéralement deux élévures linéaires de teinte plus claire appelées crêtes philtrales ou columelles. Ces détails, décrits habituellement par les anatomistes sous le nom de sillon sous-nasal (Testut), de gouttière labiale ou de sillon nasolabial médian, étaient bien connus des artistes anciens qui savaient leur rôle essentiel dans l'esthétique de la lèvre et n'ont pas manqué de les représenter avec une parfaite et scrupuleuse exactitude.

M. Meige rappelle très justement que le nom de philtron a été donné à cette gouttière par les Grecs qui désignaient ainsi, indifféremment sous le même terme, les breuvages (philtres) et tous les attraits capables d'inspirer l'amour.

Les crêtes *philtrales* ou columelles sont deux crêtes mousses qui bordent la gouttière philtrale et tranchent, par leur saillie et leur teinte plus claire, avec la peau avoisinante. Elles sont très peu marquées à leur partie supérieure où elles se confondent avec deux petits tubercules situés à l'entrée des narines, de chaque côté de la sous-cloison; leur saillie s'accuse davantage au fur et à mesure qu'elles descendent en s'écartant légèrement l'une de l'autre. A leur partie inférieure, elles se confondent avec le liséré qui surplombe la muqueuse rouge de la lèvre supérieure; elles limitent avec lui la partie inférieure de la gouttière philtrale en décrivant une courbe harmonieuse à concavité supérieure. Les crêtes philtrales donnent au toucher une sensation de résistance particulière. Nous n'avons pas pu voir, sur des coupes histologiques horizontales, quelle était la cause de leur saillie (fig. 3).

2° LE LISÉRÉ LABIAL

A l'union de la peau et de la muqueuse de la lèvre supérieure, existe une légère élévation linéaire qui borde sur presque toute sa longueur la zone rouge de cette lèvre. Ce liséré, remarquable par sa blancheur et la saillie qu'il forme, a reçu le nom d'*arc de Cupidon*; il décrit, en effet, une large ondulation dont la courbe élégante et symétrique rappelle la forme classique de l'arme du dieu de l'amour.

A sa partie moyenne, il présente une sinuosité à concavité supérieure qui se confond avec l'extrémité inférieure des columelles et contribue ainsi à limiter la gouttière philtrale. Latéralement, il tend à s'atténuer en s'approchant des commissures, mais il n'est pas exceptionnel de le voir s'étendre jusqu'aux fossettes commissurales où il se recourbe pour continuer la saillie du bord rouge de la lèvre inférieure.

Ce liséré labial a une couleur et une consistance très comparables à celles des crêtes philtrales. Il est très accusé dans certaines races et on le trouve figuré par les artistes anciens avec une grande netteté sur de nombreuses statues. Ce minime détail anatomique, dont les statuaires antiques ont su mettre en relief l'importance, n'est pas méconnu de nos élégantes, jeunes ou vieilles, qui savent parfaitement souligner et accentuer avec un peu de fard une ligne harmonieuse trop méconnue des austères anatomistes.

3° LE TUBERCULE LABIAL MÉDIAN

On décrit sous ce nom une saillie assez accusée de la zone rouge et du bord libre de la lèvre supérieure, située sur la ligne médiane juste au-dessous du philtron (fig. 3). Ce tubercule, qui a hypnotisé Mirault, appartient donc en propre à la région muqueuse et il se prolonge en arrière sur la face profonde de la lèvre où il reçoit en son milieu le filet gingival supérieur. Il est susceptible de présenter des variations très marquées de forme et de hauteur suivant chaque individu. S'il est peu développé, il se présente comme une petite éminence sphérique qui empiète sur l'interstice des lèvres, dont elle coupe brusquement la ligne ondulante.

S'il est volumineux et bas situé, il vient recouvrir partiellement la lèvre inférieure, réalisant le type de lèvre de tapis.

Dans certains cas enfin, le tubercule labial peut être flanqué de part et d'autre de deux petites encoches latérales qui accentuent davantage sa courbe très arrondie et forment, de chaque côté, deux pertuis où les lèvres n'entrent pas au contact.

Le philtron, le liséré et le tubercule labial ont, comme nous venons de le voir, un rôle de grande importance dans la plastique de la lèvre. Les columelles et l'arc de Cupidon forment, par leur saillie, des crêtes linéaires qui accrochent vivement la lumière et accentuent par contraste l'ombre trop discrète de la gouttière philtrale. Ces dénivellations de relief, ces oppositions d'ombre et de clarté sur la lèvre supérieure rompent heureusement l'uniformité ennuyeuse de sa courbe; sans elles, la lèvre supérieure n'est qu'un « promontoire monotone » et « leur absence est toujours une disgrâce » (H. Meige).

A ces détails d'anatomie plastique, nous ajouterons un fait capital et constant chez les jeunes sujets : c'est la *proéminence de la lèvre supérieure* sur la lèvre inférieure (fig. 5).

Lorsqu'on examine de profil un enfant normal, on est vivement frappé par le décalage qui existe entre les deux lèvres : la lèvre supérieure, bien étoffée par les muscles que développe la succion, forme un encorbellement sur la lèvre inférieure; parfois même cette dernière est légèrement masquée par la saillie du rebord muqueux de sa congénère qui se trouve en ectropion et la recouvre partiellement. Cette particularité va s'atténuant avec l'âge, mais il importe de bien la connaître lorsqu'on intervient chez de jeunes enfants; la saillie de la lèvre supérieure doit être une des préoccupations constantes du chirurgien. Sans une saillie considérable de la lèvre supérieure, on ne saurait avoir un bon résultat dans le traitement du bec-de-lièvre.



Il est remarquable de constater que le bec-de-lièvre conserve tous les petits détails esthétiques nécessaires à la beauté de la forme (fig. 1); la gouttière et les crêtes philtrales, le liséré et le tubercule labial sont habituellement visibles, et parfois avec la plus grande netteté.



FIG. 5. — *Profil d'enfant.*
Médaille du roi de Rome gravée, en 1811, par Andrieu.

Etant donné le siège de la fente (voir p. 47), on les observe toujours sur la berge interne de la fissure labiale; leur existence constante prouve bien que le bec-de-lièvre n'est pas une atrophie ou une aplasie régionale : tous les tissus adjacents ont conservé leur structure normale et leur disposition.

Tous les matériaux sont donc là, à pied d'œuvre, pour restaurer l'édifice ; c'est au chirurgien d'en être le bon architecte.

CHAPITRE II

LES MÉTHODES

J'étudierai successivement les méthodes données comme classiques en France, en Allemagne, en Angleterre.



A. — EN FRANCE

En France, le nom de Mirault domine l'exposé historique des méthodes. Nous verrons qu'il tient aussi une place importante à l'étranger.

I. — AVANT MIRAULT

Les auteurs se sont occupés presque exclusivement du traitement du bec-de-lièvre bilatéral total. La saillie du tubercule médian avait frappé leur imagination.

L'auteur anonyme de la Grande Encyclopédie discute longuement la méthode de Louis (rapprochement par un bandage) et la suture après avivement.

Au commencement du *xix*^e siècle, les chirurgiens qui opéraient un bec-de-lièvre se contentaient d'aviver les lèvres de la fente. Ils discutaient les mérites de la cautérisation par les agents chimiques ou par la chaleur. Les plus hardis employaient le bistouri ou les ciseaux. La suture se faisait avec des aiguilles sur lesquelles un fil était entortillé.

Il persistait toujours une encoche.

Husson (1836), pour diminuer son importance, avait proposé de faire une section elliptique (fig. 6 et 7).

Malgaigne écrivait en 1843 : « Après une enquête minutieuse, je suis arrivé à cette conclusion, assez triste, qu'avec toutes les ressources de l'art un bec-de-lièvre plus ou moins grave pouvait bien être transformé en un autre infiniment plus léger ; mais que l'effacer complètement était à

peu pres impossible... Guersant, qui compte à lui seul 25 ou 30 opérations, n'avait jamais pu défaire un seul de ses opérés de l'inévitable encochure. »

Malgaigne décrit alors un procédé basé sur l'accolement de deux lambeaux taillés sur chacune des lèvres (fig. 8).



FIG. 6-7. — *Procédé de Husson-Rose.*

Husson n'a pas figuré son procédé qu'il a décrit en 1836. La description qu'il en donne est assez claire pour qu'on admette qu'il est exactement représenté dans les figures ci-contre.

Cette méthode a été reprise par Rose (1891) La figure ci-jointe a été copiée dans le livre de Brophy (1925).



FIG. 8. — *Procédé de Clémot-Malgaigne.*

Malgaigne n'a pas représenté le procédé qu'il a décrit en 1844. Il semble lui avoir été fidèle, car il n'a rien décrit ultérieurement sur la question. Cette figure est empruntée à l'article de A. Broca, dans le *Traité de Chirurgie*, 2^e édition, t. V, p. 28.

Il ne donne pas de figures. Celles qui ont vulgarisé sa méthode ont été dessinées après coup par les différents auteurs. Quand il eut fait sa communication, Roux lui dit que Clémot, un obscur chirurgien de Rochefort, avait eu la même idée. Clémot n'a jamais rien écrit, mais son nom est toujours associé à celui de Malgaigne comme auteur de la méthode ci-dessus représentée.

II. — MIRAULT.

Les travaux de Mirault méritent d'être examinés très attentivement, car ils sont la source d'une méthode qui jouit d'une réputation mondiale et est encore actuellement le fondement de notre technique.

Mirault est un chirurgien d'Angers. Il est mort en 1880; il était donc jeune quand Malgaigne a publié sa méthode (janvier 1844).

Il a adressé une lettre à Malgaigne, laquelle fut insérée dans le même tome du *Journal de Chirurgie*, au numéro de septembre de la même année (1844).

Mirault a voulu expérimenter la méthode imaginée par Malgaigne et, immédiatement, il l'a perfectionnée. Il a poursuivi son but, suivant une idée absolument étrangère à Malgaigne.

Malgaigne avait fait son opération uniquement pour éviter « l'enco-chure » qui existait toujours au niveau de l'ancienne fente, quand les berges étaient suturées après avivement.

Mirault a été hypnotisé par la petite saillie insignifiante qui existe sur la ligne médiane de la bouche saine (fig. 3), qu'il appelle lobule médian ou tubercule médian par une confusion regrettable pour nous qui avons pris l'habitude (bien après Mirault) de nommer tubercule médian tout le bourgeon intermaxillaire. Il n'est pas responsable de cette confusion.

Pour lui, la reconstitution de cette petite saillie est le but que doit poursuivre le chirurgien, et il prête à Malgaigne le désir de reconstituer ce tubercule, ce qui est absolument contraire à la vérité.

Chose curieuse, Mirault attache une importance primordiale à ce petit détail morphologique sans grande valeur, et il ne se préoccupe nullement de la ligne cutanéomuqueuse qui est le fondement esthétique de la face. Dans toute son œuvre, il n'est jamais question de cette ligne.

Il a divisé sa lettre en deux parties : la première intitulée : « De la reconstitution du lobule médian de la lèvre supérieure dans l'opération du bec-de-lièvre; » la seconde : « Des moyens de réunion des bords de la division labiale. » Nous ne nous occuperons pas de cette seconde partie : il y est discuté les mérites respectifs de la suture entortillée et de la suture entrecoupée. Cette question n'a aujourd'hui aucun intérêt pour nous.

Mirault commence en ces termes le premier chapitre de sa lettre :

« Je le dis sans hésitation, tout ce qui a été fait jusqu'à vous pour obtenir cet important résultat (la reconstitution du lobule médian) était frappé du cachet d'impuissance. Le point de suture inférieure produit à la vérité une certaine saillie sur le bord labial; mais cette saillie qui

résulte d'une grimace qu'on a fait faire aux tissus disparaît aussitôt que l'épingle a été retirée des chairs.

« Votre méthode, mon habile confrère, en ouvrant une voie nouvelle, a vaincu la difficulté. Cependant, vous le dirai-je, l'opération par laquelle vous avez obtenu un si beau résultat me semble susceptible d'être perfectionnée. D'abord vous avivez les bords de la division en portant les ciseaux de haut en bas. On comprend qu'il vous ait été facile de le faire chez votre malade dont le bec-de-lièvre occupait seulement les trois quarts de la lèvre; mais si la scissure eût remonté jusqu'à la narine, comme il arrive presque toujours, il est évident que la saillie du nez vous aurait empêché d'arriver jusque-là (!!!) et que l'avivement aurait dû être fait en deux temps. Ensuite, ainsi que je l'ai moi-même constaté, les deux lambeaux que vous réservez pour la confection du lobule médian (?), et que vous êtes obligé de façonner derechef, s'appliquent assez difficilement l'un à l'autre par leurs faces saignantes. Malgré les trois points de suture entrecoupée qui les assujettissent, un vide tend à s'établir vers leurs points de réflexion et, dans cet état de choses, on peut douter qu'ils représentent parfaitement la saillie moyenne (!) de la lèvre supérieure.

« Dans les deux observations qui suivent, mon savant confrère, j'ai introduit un procédé dans votre méthode. Décidez si c'est à tort et demeurez convaincu que votre jugement sera toujours pour moi d'un grand poids. »

Mirault pouvait reprocher à Malgaigne de ne pas reconstituer la saillie médiane de la lèvre. Cela n'avait jamais été l'objectif du chirurgien de Paris.

Mirault n'a pas mieux réussi dans la reconstitution de ce tubercule. Après lui, du reste, personne n'a été plus heureux.

Voyons ce que Mirault a fait. C'est là le seul texte original de la méthode qui a valu à son auteur une réputation mondiale. La brièveté de la description n'a d'égale que l'obscurité de la conduite. Ajoutons qu'il n'y a aucun schéma opératoire. Il y a deux figures très mauvaises, avant et après l'opération; par un hasard malheureux, le graveur a interverti la fente et, comme l'auteur parle de la berge droite et gauche au lieu de parler de la berge interne et de la berge externe, il s'ensuit un imbroglio dans lequel personne n'a pu se reconnaître. C'est tellement vrai que les auteurs qui ont voulu (après Mirault) représenter sa méthode ont donné des figures absolument dissemblables (voir fig. 11, 12, 13, 14 et 15).

« J'assujettis le côté gauche en le saisissant par la partie moyenne avec le pouce et l'indicateur, et avec des ciseaux je taillai dans sa partie inférieure, par une section oblique de haut en bas et de dedans en dehors, un lambeau de 6 à 8 millimètres de longueur. Le lambeau suspendu au bord de la lèvre ayant été écarté par un aide, j'achevai

l'avivement des chairs de ce côté par une autre section à peu près verticale, comme on le fait habituellement. Pour mieux préciser ce premier temps de l'opération, je dirai que la section qui servit à tailler le lambeau commençait à la partie supérieure de l'angle arrondi de cette portion de la lèvre et que, pratiquée dans la direction d'une ligne qui irait gagner la commissure du même côté, elle se rapprochait de plus en plus du bord de l'ouverture naturelle de la bouche (?) : d'où il suit que le lambeau était plus étroit et comme pédiculé en dehors, ce qui permettait son renversement dans le même sens et favorisait le manuel de section verticale.

« Je procédai de la même manière à l'égard du côté droit du bec-de-lièvre et je commençai à opérer le rapprochement des bords de la division en pratiquant un premier point de suture entortillée au bas de la section oblique du lambeau; deux autres points de suture furent placés au-dessus du précédent pour achever la réunion de la division verticale.

« Restait encore, pour accomplir la restauration de la lèvre, à reconstituer son lobule médian (!!!). Je me mis en devoir, comme Malgaigne, d'affronter par leurs faces sanglantes les deux petits lambeaux qui demeuraient suspendus à leur pédicule. Ils avaient des dimensions appropriées pour la réfection du lobule et je les rapprochai, en effet, en les renversant de haut en bas, mais ils s'appliquaient mal l'un à l'autre près de leur insertion à la lèvre, où il se formait un petit vide qu'il aurait été difficile d'affronter par la même suture. Pendant que j'avisais au moyen d'obtenir une coaptation régulière, les deux petits lambeaux se couchèrent par hasard l'un sur l'autre en s'imbriquant et, dans cette position, ils imitaient très bien la saillie lobulaire de la lèvre, sauf qu'elle était un peu plus forte. Alors il me vint une idée qui était la conséquence bien naturelle de la situation puisque, au moment où je me disposais à la mettre à exécution, je l'entendis exprimer par les aides qui m'assistaient : *c'était de retrancher la plus grande partie du lambeau du côté droit et d'appliquer, sur la place disposée ad hoc, la face supérieure ou saignante du lambeau gauche.*

« Alors le lobule médian artificiel fut parfait et il suffit de fixer ce lambeau par un quatrième point de suture entortillée. »

Mirault a opéré un autre bec-de-lièvre suivant la même méthode, mais la description n'en est pas plus claire.

Le bec-de-lièvre était à gauche :

« A droite, d'un coup de ciseau parti obliquement de dedans en dehors et du haut en bas, sur la partie inférieure de la scissure labiale et au-dessus de son angle arrondi, je taillai d'abord, aux dépens de cet angle, un petit lambeau qui, suspendu au bord libre de la lèvre par une sorte de pédicule, fut renversé en dehors par un aide; ensuite, par une section

verticale, j'avivai de bas en haut toute l'étendue du bord correspondant du bec-de-lièvre.

« A gauche, enfin, je reséquai dans toute sa hauteur, et comme on le fait habituellement, le bord de la scissure labiale. »

Voilà tout ce que nous possédons de renseignements originaux sur cette méthode qui eut un retentissement formidable dans l'histoire du bec-de-lièvre — et une influence très néfaste.

Le premier sujet était opéré le 14 juin, le second le 13 août, et Mirault écrivait aussitôt sa lettre à Malgaigne, laquelle était publiée dans le numéro de septembre de la même année (1844).

Nous pouvons nous étonner de la hâte que Mirault a apportée dans la publication de ce travail.

Nous devons déplorer cette hâte, car, après avoir écrit cette lettre, Mirault a abandonné cette première méthode immédiatement. Il était très satisfait du résultat, mais quand il a eu à opérer un troisième sujet, il n'a pas suivi la même technique. Il est très regrettable que le chirurgien d'Angers ne nous ait pas exposé pourquoi.

Dans toute la chirurgie, les échecs sont plus importants que les succès. Mais il faut d'abord exposer en quoi consistent ces échecs esthétiques ; il faut ensuite en rechercher la cause et ces deux constatations permettent d'établir les bases *a priori* d'une méthode qui attendra encore la consécration expérimentale.

Nous ne pouvons que constater les faits. Mirault ne nous a pas dit pourquoi il avait abandonné sa première manière et nous devons nous borner au texte original donné par l'auteur.

Il publiait sa première lettre au mois de septembre 1844. Il avait opéré deux sujets.

En janvier 1845, il publia dans le même journal de Malgaigne une seconde lettre où il décrit une deuxième méthode. Il avait opéré un cas.

« La scissure labiale était située à gauche et l'on reconnaissait très bien sur le côté droit la forme du lobule médian. Ce fut donc sur ce dernier côté et au dépens du bord libre de la lèvre que, le 26 novembre (la lettre a été publiée en janvier suivant), je taillai le petit lambeau destiné à reconstituer le lobule. J'achevai ensuite l'avivement de ce côté par une section verticale comme on le fait communément. Du côté gauche, je fis aussi deux sections : l'une était verticale ; l'autre, très oblique, partait du bas de la première et intéressait le bord libre de la lèvre, qui se trouva ainsi dépouillée de sa muqueuse dans une étendue égale à celle du petit lambeau qui devait lui être appliqué. Après le rapprochement de ses bords, la plaie se composait d'une partie verticale comprenant presque toute la hauteur de la lèvre et sur laquelle je pratiquai trois points de

suture ; l'autre, oblique (celle du lobule médian), que je réunis par une quatrième épingle. »

C'est tout ce que nous connaissons de la technique de Mirault (deuxième manière).

Heureusement, son auteur est revenu sur cette question. En 1871, il a publié une petite brochure de 20 pages, imprimée à Angers, intitulée : *De la résection sous-périostée du vomer appliquée à la cure du bec-de-lièvre bilatéral compliqué de saillie des os intermaxillaires, précédée de l'exposé sommaire des travaux de l'auteur sur le traitement de cette monstruosité.*

Il donne deux dessins admirables qui permettent de comprendre dans tous les détails en quoi consiste cette seconde méthode de Mirault



FIG. 9-10. — Méthode de Mirault (deuxième manière).

Mirault a abandonné sa première manière aussitôt qu'il l'a employée. Il a imaginé une seconde manière qu'il a décrite en 1845. Il n'en a donné un dessin qu'en 1871. Cette figure en est la reproduction exacte. Il est très regrettable que ce dessin de Mirault ait été ignoré totalement par nos classiques, car le Mirault (deuxième manière) est infiniment supérieur au Mirault (première manière).

(fig. 9 et 10). Mais, chose curieuse, cette méthode a passé complètement inaperçue. Les deux admirables dessins de Mirault n'ont jamais été reproduits dans nos classiques.

Ainsi donc, il y a deux méthodes de Mirault :

Une première méthode. Son auteur l'a décrite d'une manière peu compréhensible. Elle est mauvaise. Elle ne peut donner que les résultats figurés aux planches III et IV.

Elle eut un énorme retentissement. Comme les détails de technique étaient très obscurs, les auteurs qui voulaient décrire la méthode après Mirault l'ont représentée d'une façon très variable que nous étudierons tout à l'heure.

Elle eut une influence néfaste sur toute la technique française. Beaucoup des mauvais résultats figurés à la fin de ce travail sont dus à la vogue de cette première méthode de Mirault.

Une deuxième méthode. Elle a été admirablement figurée par son auteur. Elle doit donner de très bons résultats. Après des tâtonnements innombrables, M. Veau est arrivé, pour le moment, à une technique qui diffère peu de celle de Mirault (deuxième méthode).

III. — APRÈS MIRAULT

L'histoire des méthodes opératoires de la lèvre du bec-de-lièvre unilatéral est encore dominée par le nom de ce géant du bec-de-lièvre.



FIG. 11-12. — Méthode Mirault (première manière).

Mirault n'a pas donné d'images de sa première méthode. Les dessins que nous reproduisons ici sont les plus anciens que nous ayons pu trouver : ils datent de 1852 et sont empruntés au traité de chirurgie d'Hallington Smith.

Nous examinerons d'abord comment les auteurs se sont imaginés l'opération que Mirault avait si mal décrite ; puis nous verrons comment les chirurgiens modernes ont apporté des modifications qui ne sont pas toujours des perfectionnements.

1° INTERPRÉTATIONS DU PROCÉDÉ DE MIRAULT

Hallington Smith a représenté l'opération de Mirault dans *System of Surgery*, 1852 (fig. 11 et 12).

Nous reproduisons cette figure pour montrer que, du temps même de Mirault, on avait de son opération une idée absolument fausse. Mirault, probablement, n'a pas connu les déviations qu'on apportait à sa méthode ; sans cela il aurait protesté.

Aug. Broca, dans son article du *Traité de Chirurgie* : Duplay-Reclus (1898), donne trois figures qui représentent un procédé de Mirault sem-

blable à celui indiqué par Smith : « Le seul défaut de ce procédé, c'est qu'il crée, par l'avivement ancien, une perte de substance du bord interne. Mais une modification bien facile y pare : comme P. Broca, comme Lannelongue, j'ai coutume de pratiquer, avec les petits ciseaux d'ophtalmologiste, un simple avivement épidermique et le résultat est excellent. »

Nous avons de très nombreuses photographies d'opérés de Broca.

En chirurgie esthétique, il ne faut pas estimer le résultat de l'opération en comparant le sujet avant et après l'intervention; il ne faut se déclarer satisfait que si l'opéré est comparable à un sujet normal.

Le plus illustre représentant moderne de l'Ecole de Médecine d'Angers, Delagénère, a tenu à montrer qu'on avait mal interprété la pensée de son célèbre prédécesseur.

Qu'il nous soit permis de nous étonner qu'un chirurgien si éminent

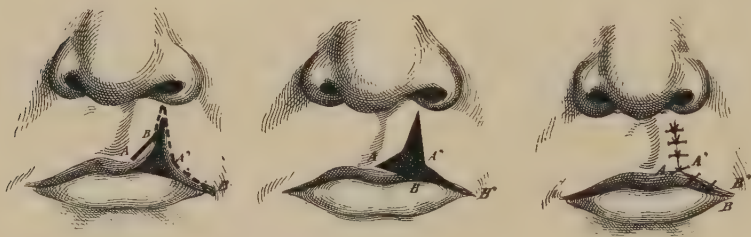


FIG. 13-14-15. — *Méthode de Mirault (première manière).*

Dessin de Monod et Vanwerts (1908). Cette figure montre comment on se représentait, en France, le procédé de Mirault. C'est peut-être ce qu'a fait le chirurgien d'Angers, nous n'en savons rien, car sa description est incompréhensible. Mais il a reconnu de suite que c'était un très mauvais procédé et il l'a abandonné.

ait publié un article si peu digne de lui. Delagénère n'a pas dû revoir les figures qu'il avait fait dessiner : le bec-de-lièvre est représenté médian (!!). Le tracé qu'il donne des incisions ne peut certainement pas produire le résultat indiqué, car la ligne de suture passe dans l'une au niveau de la ligne cutanéomuqueuse, et dans l'autre notablement au-dessous.

Imbu des idées de Mirault, il recherche la constitution du lobule médian auquel il accorde une entité embryologique (!!!).

Delagénère ne se doute pas qu'il y a une deuxième manière de Mirault, admirablement représentée par son auteur et incomparablement supérieure.

Les figures de Delagénère ont semblé si mauvaises à Monod et Vanwerts qu'ils ont éprouvé le besoin d'en faire dessiner de nouvelles. Nous les

reproduisons (fig. 13, 14 et 15). Ce sont ces figures que nous considérons comme représentant la méthode de Mirault (première manière). Il semble bien prouvé que les figures de Smith, de Broca, ne sont pas l'expression de la pensée de Mirault.

D'après les figures de Monod et Vanwerts, nous faisons à la méthode de Mirault le très gros reproche de produire une lèvre terriblement bridée, car tout le bord muqueux est reconstitué avec un seul côté de la lèvre.

Quand au lobule médian qui était le but de Mirault, il est bien évident qu'il n'existe pas ; il est complètement effacé par la traction exercée sur cette héli-lèvre à qui on demande de faire une lèvre entière.

La figure 40 est le résultat de l'incision indiquée par Monod et Vanwerts (1).

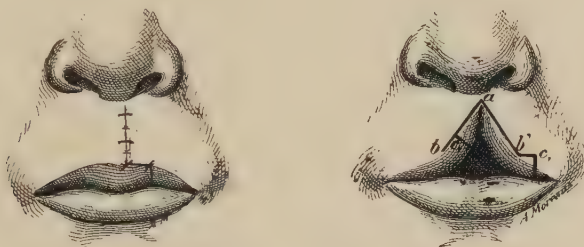


FIG. 16-17. — *Procédé de Meleux.*

Les figures sont de Monod et Vanwerts ; elles reproduisent très exactement les figures données par Verrier (Meleux n'a rien publié).

2° PROCÉDÉ DE MELEUX-JALAGUIER

La chaire de clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine d'Angers a été occupée, après Mirault, par le professeur Meleux. Celui-ci n'a jamais rien publié, mais il a inspiré à son interne Verrier une thèse excellente, passée à Paris en 1880, et intitulée : *Du procédé de Mirault (d'Angers) dans le traitement du bec-de-lièvre unilatéral simple*. Il donne deux figures très bonnes qui font comprendre exactement en quoi le chirurgien d'Angers a modifié la technique de son illustre prédécesseur. Nous ne donnons pas l'original des figures de Verrier, parce que Monod et

(1) Entre temps, Nélaton, vers 1860, avait modifié le procédé de Malgaigne pour les cas où la fente n'atteint pas la narine. Le procédé de Nélaton est représenté partout, même à l'étranger ; nous ne le reproduisons pas, car personne ne l'a suivi, et heureusement ! Il ne saurait donner que des résultats inférieurs au procédé de Malgaigne.

Vanwerfts ont publié, dans leur *Traité de Médecine opératoire*, deux dessins qui les reproduisent exactement (fig. 16 et 17).

Jalaguier, à la même époque, arrivait à une technique semblable sans connaître les tentatives du chirurgien d'Angers. Sa technique a été longuement décrite et représentée (fig. 18 et 19) dans la *Presse médicale* (5 novembre 1910). Nous reproduisons les deux figures les plus schématiquement démonstratives.

Nous avons représenté, dans la planche VIII, quels sont les avantages et les inconvénients de cette pratique. Cette photographie est celle d'une

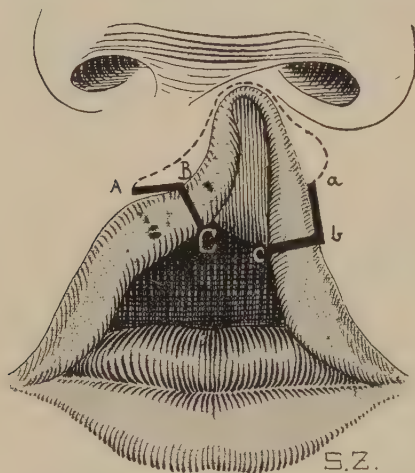


FIG. 18.

FIG. 18. — *Procédé de Jalaguier : schéma des incisions.*

Les lignes A, B, C, a, b, c, ont seules de l'importance. Elles sont marquées en gros trait. La ligne pointillée Aa n'est qu'un avivement. On lui demande seulement de passer hors de la muqueuse.

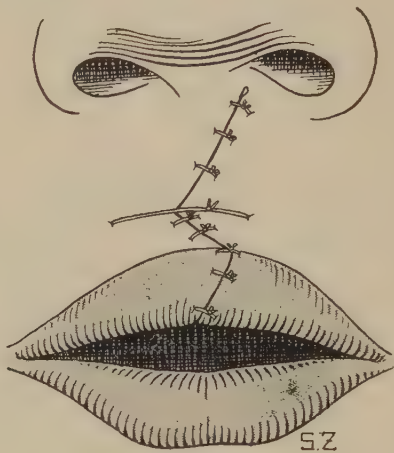


FIG. 19.

FIG. 19. — *Procédé de Jalaguier : sutures définitives.*

opérée de Jalaguier, vingt-cinq ans après l'opération. C'était un bec-de-lièvre simple qui n'atteignait pas le seuil de la narine.

On voit que le bord libre de la lèvre est absolument rectiligne ; par conséquent, il n'y a pas cette encoche constante avant Malgaigne. Il n'y a pas non plus cette saillie latérale disgracieuse, difficile à éviter par le procédé à double lambeau. On voit aussi qu'il n'y a pas le lobule médian objectif de Mirault. La ligne cutanéomuqueuse est absolument régulière ; pas de ces irrégularités dont nous parlerons longuement au chapitre III. On peut dire que le résultat est parfait.

Mais un examen comparatif, avec la forme normale représentée figure 3,

permet de constater de petites imperfections de forme dont nous devons grossir l'importance pour justifier la recherche de l'idéal que nous avons poursuivi :

1° La saillie de la columelle a disparu de ce côté.

2° La lèvre supérieure est aplatie. C'est là certainement la déformation la plus disgracieuse. Nous avons vu que la saillie de la lèvre supérieure est un fait anatomique absolument constant et surtout marqué chez les jeunes enfants (fig. 5). Pour réaliser ces deux perfectionnements, les chirurgiens ont cherché des modifications à un procédé qui donnait déjà presque toute satisfaction.

Malheureusement, cette recherche du mieux se heurte à de grosses difficultés pour des raisons faciles à mettre en évidence.

Les deux qualités essentielles d'une lèvre esthétique : saillie, régularité de la ligne cutanéomuqueuse, sont opposées l'une à l'autre.

Quand on fait les sutures sur une lèvre tendue (nous ne disons pas bridée), les points sont passés facilement, la cicatrisation se fait sans incidents. Il est facile d'obtenir cette régularité de la ligne cutanéomuqueuse, qualité primordiale d'une lèvre esthétique. Si l'arc de Cupidon est effacé, du moins n'a-t-on pas à craindre ces chevauchements de la ligne, terreur du chirurgien soucieux de la forme suffisante. Mais la lèvre tendue n'est pas la lèvre idéale. Nous avons montré, par le profil du roi de Rome (fig. 5), que cette lèvre idéale s'avance comme un groin en avant de la lèvre inférieure. Dans cette saillie molle, les lèvres sont ratinées, plissées. Il est toujours difficile de faire un affrontement mathématique; quand on croit l'avoir obtenu, la cicatrisation ne se fait pas comme on l'escomptait, et, dans les mois qui suivent, l'opérateur a la tristesse de voir que la ligne cutanéomuqueuse n'est pas impeccable.

C'est là une raison de ce fait paradoxal : il est plus facile de faire une bonne lèvre dans le bec-de-lièvre unilatéral total où il y a une déficience apparente de tissu, que dans le bec-de-lièvre simple où les berges bien étoffées sont presque en contact.

Courbure esthétique de la ligne cutanéomuqueuse, saillie de la lèvre supérieure sont deux qualités difficiles à associer. Leur réunion cependant est la condition essentielle de la lèvre idéale que nous cherchons à obtenir.

3° SUTURES IMBRIQUÉES

En 1925, à l'occasion d'une visite des stomatologistes américains, la Société de Stomatologie de Paris a demandé à M. Veau un rapport sur le traitement du bec-de-lièvre. Ce dernier a exposé quelle était sa pratique à ce moment.

Nous n'insisterons pas sur cette technique, car il l'a abandonnée. Mais il est utile de comprendre quelles étaient les idées qui l'ont dirigé et comment les résultats n'ont pas répondu à ses espérances.

Il poursuivait le but d'avoir une lèvre saillante et il est parti de cette idée (reconnue fausse par l'expérimentation) que plus on conservait de téguments, plus la lèvre serait proéminente. Alors, il a réalisé l'opération en ne réséquant aucun segment de peau ni de muqueuse.

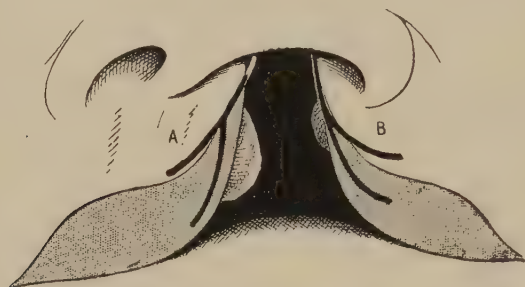


FIG. 20.

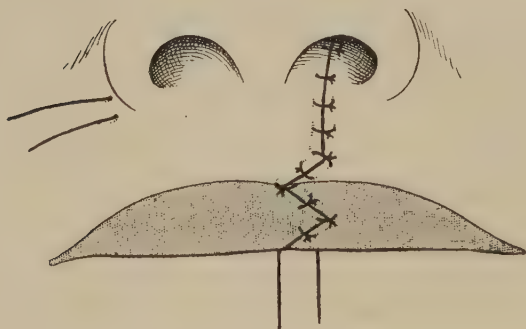


FIG. 21.

FIG. 20-21. — *Sutures imbriquées.*

M. Veau a publié, en 1925, la description d'un procédé qu'il devait abandonner quelques années après.

Pour obtenir la continuité de la ligne cutanéomuqueuse, il a été amené à combiner des incisions convergentes qui produisaient une ligne de suture en dents de scie représentée figures 20 et 21.

La constance des résultats n'a pas justifié ses espérances. Il a obtenu des lèvres excellentes (planche XVI), mais d'autres fois la ligne cutanéomuqueuse

muqueuse n'avait pas cette rectitude dont l'absence est incompatible avec un bon résultat.

Sans doute il est facile, par une opération complémentaire, de rétablir cette continuité. Mais la nécessité de cette opération itérative est une preuve d'impuissance; il arrive le plus souvent que les parents peu sensibles à la perfection idéale refusent cette opération de correction, et le chirurgien a la tristesse de penser que de telles lèvres sont, pour la vie du sujet, des témoins de son insuffisance.

D'aucuns pourraient dire : « Le procédé était bon ; c'est l'application qui a été défectueuse. » Voilà un mauvais argument de défense. Si le procédé est si difficile à appliquer qu'il ne donne pas de bons résultats, dans tous les cas, entre les mains de celui qui l'emploie avec attention et adresse, il ne mérite pas d'être conservé et doit être proscrit.

Nous verrons que Blair et Brown ont proposé en 1930 une technique comparable. Il serait curieux de savoir si, dans quelques années, les chirurgiens américains lui seront encore fidèles.

*
**

B. — EN ALLEMAGNE

En Allemagne, les méthodes françaises tiennent une place importante.

Lexer, en 1921, dans l'article classique du *Traité de Chirurgie pratique* (Carré, Kuttner et Lexer), donne des figures très démonstratives de la méthode de Malgaigne, de Nélaton, de Mirault (sa figure est empruntée à Bruns, elle reproduit les figures 9 et 10 empruntées aux Anglais), de Koenig (fig. 22 et 23), de Hagedorn (fig. 24, 25 et 26), de Diffenbach.

Plus récemment (1925), Klaff et Bauge ont écrit l'article bec-de-lièvre dans le traité *Die Chirurgie*, qui est admirablement édité avec des figures en couleur.

Ils donnent les images du procédé de Malgaigne, de Nélaton, de Mirault (la figure est celle de Lexer), de Koenig, de Hagedorn.

*
**

C. — EN ANGLETERRE ET EN AMÉRIQUE

Dans les pays de langue anglaise, les travaux des auteurs français tiennent une égale importance.

Nous avons déjà dit que la première figure du procédé de Mirault (pre-

mière manière) a été donnée par Hallington Smith; elle représente un lambeau externe et un avivement interne (fig. 9 et 10). Cette conception de la méthode du chirurgien d'Angers est reproduite par tous les auteurs anglais.

Brophy qui a écrit, en 1924, un gros livre sur le bec-de-lièvre et la division palatine, représente la méthode de Husson, repris par Rose. Le

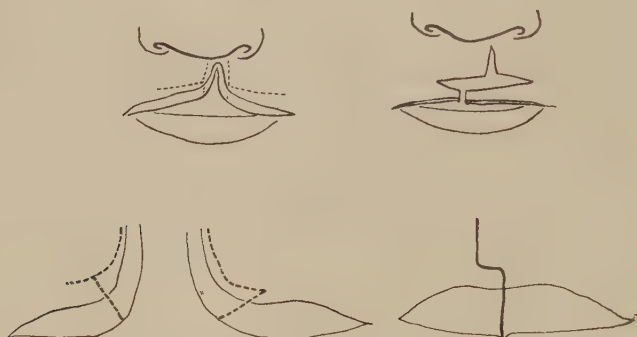


FIG. 22-23. — *Procédés de Kœnig.*

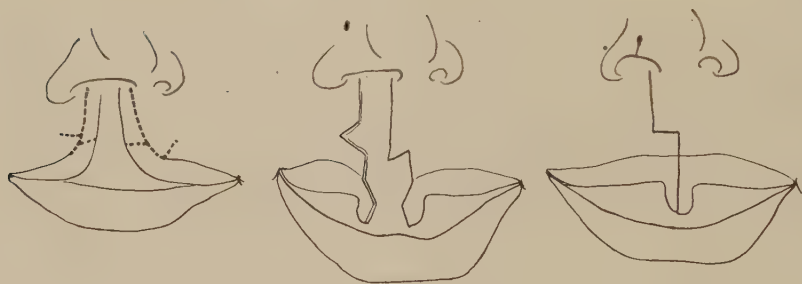


FIG. 24-25-26. — *Procédé de Hagedorn.*

procédé qu'il emploie est un Mirault dans lequel il diminue l'étendue du lambeau externe, ce qui lui permet de faire un avivement moins étendu en dedans. Comme tous les auteurs, il s'intéresse plus au traitement du bec-de-lièvre bilatéral.

Thompson a écrit, en 1912, un article important intitulé : « Une méthode artistique et mécanique adaptée à la réparation des défauts dans le bec-de-lièvre. » Il attache une grosse importance à égaliser scrupuleu-

sement les hauteurs respectives des incisions en dedans et en dehors de la fente. Il nous semble que c'est là une erreur fondamentale; au niveau de la lèvre, les tissus sont tellement élastiques que les incisions n'ont pas besoin d'être congruentes pour s'adapter parfaitement. Nous aussi, il fut un temps où nous avons tracé nos incisions le compas à la main. Nous n'avons pas tardé à comprendre que c'était une erreur.

A notre avis, le travail capital écrit sur la question est celui de Blair et Brown (de Saint-Louis), paru en 1930, intitulé : « L'opération de Mirault pour le bec-de-lièvre unilatéral. » C'est dans ce travail que nous avons trouvé l'indication du livre de Smith qui contient la figure du procédé de Mirault.

Ce mémoire si important renferme près de 80 figures dont beaucoup sont des photographies pour montrer les résultats de l'opération. On peut regretter le format de ces photographies : elles dépassent à peine les dimensions d'un timbre-poste, et on voudrait trouver l'assurance que ces photographies n'ont pas été retouchées.

Les auteurs n'ont envisagé que le traitement du bec-de-lièvre unilatéral total; alors, ils ne discriminent pas, dans leur technique, les manœuvres qui corrigent la lèvre des manœuvres qui corrigent la narine. Dans cette première partie, nous ne nous occuperons que des premières. Nous discuterons longuement, dans la deuxième partie, la technique qu'ils proposent pour la narine.

Nous avons représenté quatre figures les plus caractéristiques des auteurs américains pour montrer l'incision des téguments.

Blair et Brown sont hypnotisés par la conséquence de leur incision. Nous, nous n'avons jamais eu cette préoccupation, parce que les tissus de la lèvre sont d'une élasticité folle; ils s'adaptent complaisamment à la longueur qu'on exige d'eux.

Bien plus, l'allongement des lèvres de l'incision est si variable suivant la région qu'il serait impossible *a priori*, avant toute section, de savoir ce que donnera en longueur cette incision. Il y a des segments (partie moyenne de la peau sur la berge interne) qui s'allongent à peine. Par contre, il y en a d'autres (partie supérieure de la berge externe) qui s'allongent d'une façon extraordinaire.

Blair et Brown, avec raison, attachent une grosse importance à l'ajustement très exact de la ligne cutanéomuqueuse. Ils montrent également, par de bonnes figures, que la protrusion de la lèvre supérieure est une condition essentielle pour un bon résultat.

« L'opération de Mirault, écrivent ces auteurs, a été dessinée avec un lambeau emprunté à l'un ou à l'autre côté de la fente. Mais c'est dans notre pratique de prendre toujours le lambeau du côté externe de la

fente, parce qu'il est plus facile de donner la symétrie au bord du vermillon quand la ligne d'union est sur la ligne médiane. »

Ceci mérite un examen approfondi, et nous étudierons successivement :

a) Le fait de prendre le lambeau en delà de la fente;

b) L'influence de la suture médiane dans la ligne cutanéomuqueuse.

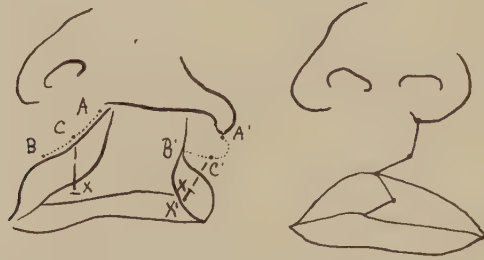


FIG. 27-28. — Procédé de Blair et Brown : Incision de la lèvre.
Fixation du point C'

« Si A' a été convenablement placé et si la distance de l'aile au bord cutanéomuqueux est courte, du côté de la fente, on sera probablement amené à placer C' trop près du bord cutanéomuqueux, et alors C'X' est plus court que CX ou A'C' est plus court que AC, ou tous les deux peuvent être plus courts. Ordinairement, l'angle de la bouche est à un niveau plus élevé que celui du côté opposé. »

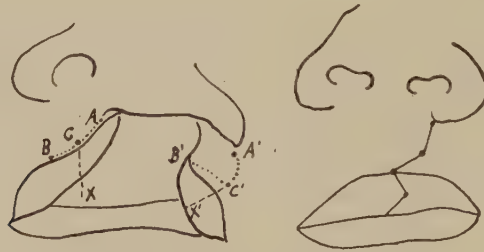


FIG. 29-30. — Procédé de Blair et Brown : Incision de la lèvre.
Fixation du point C'

« Si A' a été convenablement placé et la distance du sommet de l'aile à la peau plus longue, du côté de la fente, qu'elle ne devrait (comme il est montré fig. 27), cela peut être dû au fait qu'on a tracé C'X' plus long que CX. »

Dans ces cas, Blair et Brown conseillent de faire une plicature de la peau au niveau du point C'.

a) *Le lambeau externe.* — Blair et Brown ont raison de prendre toujours le lambeau sur la berge externe. Ce fut la grosse erreur de Mirault de tailler son lambeau en dedans; ce fait a eu une influence néfaste sur

la chirurgie, il a créé un retard d'un siècle. Nous montrerons au chapitre suivant la fertilité de la berge externe par opposition à la stérilité de la berge interne.

Blair et Brown sont donc les continuateurs de Mirault, puisqu'ils taillent un lambeau *cutanéomuqueux* sur une des berges. Ils font du « Mirault première manière », mais un Mirault amélioré par la transposition du siège où est taillé ce lambeau.

Mais en prenant un segment de peau dans le lambeau, ils suppriment la columelle de ce côté. Ils s'en sont rendu compte, car ils disent : « Il semble impossible, par des moyens acceptables, de restaurer le philtron; mais la perte d'une saillie bordante n'est pas très apparente si la restauration est plaisante autrement. »

Blair et Brown font aveu d'impuissance; ils ont reconnu que si la cicatrice traverse en diagonale la saillie de la columelle, celle-ci se trouve effacée. Nous l'avions vu comme eux quand nous avons suivi la technique représentée figures 20 et 21.

Avec une technique très comparable, nous sommes donc arrivés au même résultat. Mais alors que Blair et Brown en ont conclu à l'impossibilité de faire mieux : « It seems impossible to restore the philtrum », nous, nous avons conclu à notre ignorance et nous avons cherché à faire mieux.

Puisqu'une cicatrice oblique sur le philtron efface la saillie, il est rationnel de tailler les lambeaux de telle sorte que la cicatrice soit verticale. C'est ce que nous avons représenté dans le chapitre IV, et nous avons obtenu les résultats figurés aux planches IX et suivantes.

b) *Suture médiane au niveau du rebord muqueux.* — « Il est plus facile de donner la symétrie au bord du vermillon quand la ligne d'union est sur la ligne médiane », disent Blair et Brown.

Ceci est exact : quand la ligne cutanéomuqueuse est suturée sur la ligne médiane, on obtient une lèvre symétrique où il n'y a pas d'irrégularités. Mais il est certain que la cicatrice tire un peu sur ce point médian et on a toujours une ligne en accent circonflexe. *L'arc de Cupidon est incompatible avec une suture médiane de la ligne cutanéomuqueuse.*

Blair et Brown, dans leurs travaux, ne se sont pas donnés comme objectif de restaurer cette ligne; ils avaient probablement compris que, par leur procédé, on ne peut obtenir la restauration de ce détail esthétique, ni celle de la columelle. Par un hasard heureux, cette columelle semble liée à l'arc de Cupidon: quand on sait reconstituer la saillie latérale du philtrum, on reforme l'arc de Cupidon; il faut, pour cela, que la suture de la peau soit faite suivant une ligne verticale et que la suture de la ligne cutanéomuqueuse

muqueuse soit exactement en regard de cette ligne. Ce n'est pas le procédé de Blair et Brown.

Mais les auteurs américains avaient constaté un fait qui, pendant des années, a été notre cauchemar : *l'asymétrie du bord inférieur de la lèvre*.

Il est certain que la région des sutures est, pendant de longues années, un peu exubérante, et alors le bord labial de la lèvre, l'espace vide au fond duquel sont les dents, est asymétrique. Pour un chirurgien prévenu, cette asymétrie est très disgracieuse; nous avons beaucoup de nos becs-de-lièvre dont la malformation est décelable à distance par cette asymétrie, un œil averti ne s'y trompe pas.

Il faut reconnaître que cette saillie disparaît avec l'âge; chez l'adulte, elle est complètement effacée. Mais, pendant toute l'enfance du sujet, elle attriste le chirurgien. Nous avons cherché à la corriger, et puisque la ligne de suture était saillante, nous avons reporté cette suture sur la ligne médiane, créant ainsi la saillie du lobule médian qui était la grande préoccupation de Mirault.

Il ne faut pas croire qu'on puisse rencontrer quelque difficulté à reporter où on le désire la ligne de suture. La muqueuse est tellement élastique qu'on peut déplacer à volonté la zone à cicatriser.

Après bien des modifications, nous sommes arrivés à tailler les incisions de façon que la ligne de suture corresponde à la figure 59.

CHAPITRE III

LES MAUVAIS RÉSULTATS

Nous avons étudié, dans le chapitre précédent, les procédés opératoires employés classiquement et nous avons signalé, pour chacun d'eux, les imperfections qu'ils présentaient. Il nous reste maintenant à envisager, dans un but d'ensemble, en dehors de toute question de méthode, quels sont les résultats secondaires ou tardifs de ces divers procédés et nous essayerons d'en tirer les enseignements qu'ils comportent.

Ces résultats pourraient être classés en deux catégories différentes :

1° *Les mauvais résultats* : ceux-ci proviennent généralement d'une erreur de technique ou d'une maladresse opératoire; ils sont franchement imputables au chirurgien qui a cru suivre une méthode classique susceptible de lui donner un résultat satisfaisant; mais, soit par malchance, soit par ignorance, il n'a pas su tirer parti d'un procédé qui, en d'autres mains, aurait pu donner davantage;

2° *Les résultats insuffisants* : ceux-ci donnent habituellement toute satisfaction à l'opérateur qui ne vise pas à la perfection; dans ces cas, en effet, le chirurgien habile et consciencieux a su tirer tout le parti possible du procédé qu'il a utilisé; il peut s'en louer à juste titre et personne ne songerait à l'en blâmer; mais son opéré présente encore de multiples imperfections inhérentes à la méthode employée.

Cette opposition entre les deux catégories nous permettra de mettre très nettement en lumière la part qui revient, dans la critique des résultats, soit à l'opérateur, soit au procédé qu'il a suivi. Elle nous montrera que toutes nos méthodes peuvent avoir des effets satisfaisants, mais qu'elles sont impuissantes à rendre à la lèvre une forme harmonieuse avec tous les détails qui en font le charme et la beauté. Ce souci de la perfection des résultats, auquel nos opérés ont droit, sera la justification des recherches décrites dans les chapitres suivants.

A. — LES MAUVAIS RÉSULTATS

En écrivant ces lignes, nous ne songeons nullement à clouer au pilori, ni à livrer à la vindicte publique le chirurgien responsable des résultats

qui entrent dans cette catégorie. Ce sont des accidents qui arrivent au plus habile en chirurgie plastique; la plus minime erreur peut avoir des conséquences désastreuses, et, dans une intervention où le calme, la patience et la minutie de l'opérateur sont soumises parfois à de rudes épreuves, on ne saurait jeter la pierre au chirurgien qui s'est trompé dans ses sutures, souvent de moins d'un demi-millimètre. Mais ce chirurgien aurait grandement tort si, en son for intérieur, il ne savait reconnaître sa maladresse et avouer son erreur afin d'en tirer d'utiles enseignements pour l'avenir.

Les mauvais résultats, dont l'opérateur est entièrement responsable,

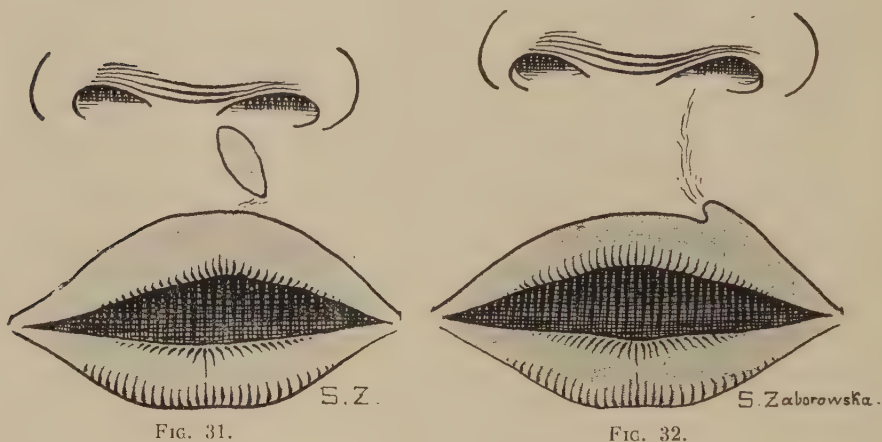


FIG. 31. — *Enclave de la muqueuse dans la peau.*

Accident fréquent. La ligne cutanéomuqueuse a été bien affrontée, mais l'avivement de la berge externe a été insuffisant. La direction de l'îlot muqueux prouve qu'il appartient à la berge externe, l'opérateur a taillé un lambeau sur la berge interne.

FIG. 32. — *Petite irrégularité de la ligne cutanéomuqueuse.*

Pour éviter cet accident, nous repérons soigneusement le point de section de la ligne cutanéomuqueuse pour avoir la possibilité d'en faire un affrontement soigneux.

relèvent de trois défauts qui peuvent exister isolément ou s'associer mutuellement.

Ces trois défauts sont :

- *l'enclavement de la muqueuse dans la peau ;*
- *l'irrégularité de la ligne cutanéomuqueuse ;*
- *l'irrégularité du bord libre de la lèvre.*

1° ENCLAVEMENT DE LA MUQUEUSE DANS LA PEAU (fig. 31)

C'est là une imperfection très disgracieuse et qui choque fortement, car l'îlot muqueux isolé au milieu de la surface cicatricielle se détache en rouge vif sur la zone cutanée blanche.

L'erreur de technique est facile à comprendre : en réséquant les berges de la fente pour pratiquer l'avivement des deux lèvres, l'opérateur n'a pas suivi exactement la ligne cutané-muqueuse, en restant toujours dans la peau; il a empiété dans la zone de transition entre la peau et la muqueuse, ou même il a pénétré dans le territoire muqueux.

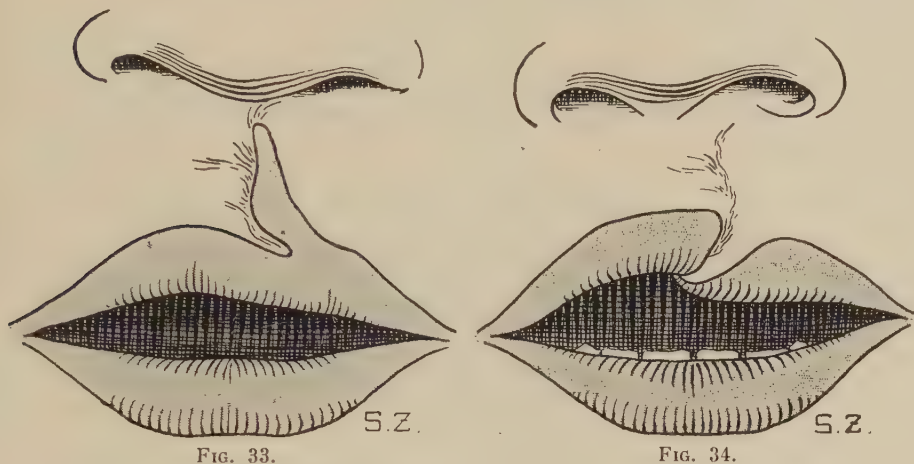


FIG. 33. — *Irrégularité de la ligne cutané-muqueuse.*

Le lambeau de Mirault a été taillé sur la berge interne. L'avivement a été mal fait en dehors : la ligne cutané-muqueuse n'a pas été affrontée.

FIG. 34. — Le lambeau de Mirault a été pris sur la berge externe, il a été taillé en pleine peau : un segment a été basculé, il crée l'enclave de la peau dans la muqueuse. C'est une malfaçon plus rare que la précédente.

Heureusement, rien n'est plus simple que de corriger cette imperfection si regrettable, en réséquant cet îlot muqueux entre deux incisions elliptiques.

2° IRRÉGULARITÉ DE LA LIGNE CUTANÉO-MUQUEUSE (fig. 32, 33 et 34)

Il s'agit là d'une faute de technique extrêmement fréquente, mais qu'il est en général facile d'éviter avec un peu d'attention. La ligne cutané-muqueuse doit être considérée comme le critérium d'une bonne

opération de bec-de-lièvre; on n'attachera donc jamais assez d'importance à sa réfection minutieuse. Un chirurgien très soigneux ne devrait pas commettre cette erreur.

Il faut bien se rappeler que l'imperfection est fatale lorsqu'il n'y a pas une exacte congruence des deux lambeaux au niveau de la ligne cutanéomuqueuse, et lorsque la suture n'est pas faite avec une précision absolue.

L'opérateur doit donc donner tous ses soins à la taille des lambeaux et au passage du point cutanéomuqueux d'où dépend la régularité ou le décalage ultérieur de la ligne; il faut parfois une attention extrême pour reconnaître la démarcation entre la peau et la muqueuse, ainsi que le point exact où doit passer la suture.

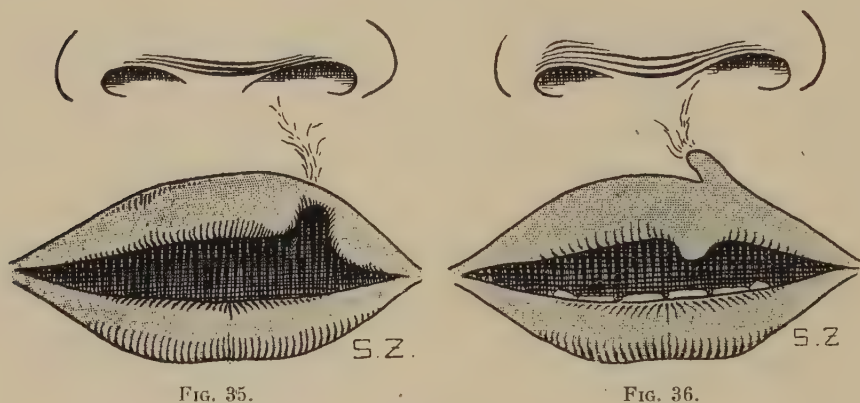


FIG. 35.

FIG. 36.

FIG. 35. — *Encoche du bord libre.*

Cet accident était fréquent quand on suturait seulement les téguments; il est très rare quand on a fait une bonne suture musculaire.

FIG. 36. — *Saillie du bord libre. Irrégularité de la ligne cutanéomuqueuse.*

Le lambeau de Mirault a été taillé en dedans, sa pointe fait saillie, la ligne cutanéomuqueuse n'a pas été suturée.

Dans les cas habituels, l'imperfection est heureusement légère et il est relativement facile de la corriger par une résection losangique de la région. Mais parfois le décalage a pris une importance considérable, déterminant soit une véritable enclave de peau dans la muqueuse (pl. I, fig. 2), soit beaucoup plus souvent une évagination de muqueuse dans la peau (pl. III, fig. 1); en pareils cas, il ne faut plus se contenter d'une simple excision du lambeau enclavé, il faut avoir recours à une intervention plus complète; on portera toute son attention sur le point cutanéomuqueux qui permettra de corriger la défectuosité de la ligne.

3° IRRÉGULARITÉ DU BORD LIBRE DE LA LÈVRE (fig. 35 et 36)

Ce défaut, nous l'avons vu, était la règle avec le procédé de Malgaigne; il peut se présenter soit sous forme d'une encoche, soit sous forme d'une saillie plus ou moins disgracieuse; il est particulièrement visible lorsque la bouche s'entr'ouvre et que les lèvres s'écartent légèrement.

L'*encoche* (fig. 35) résulte tantôt d'une faute de technique, tantôt d'une désunion partielle du bord libre; il est d'ailleurs facile de corriger cette imperfection, lorsqu'elle est isolée, en réséquant les berges de la

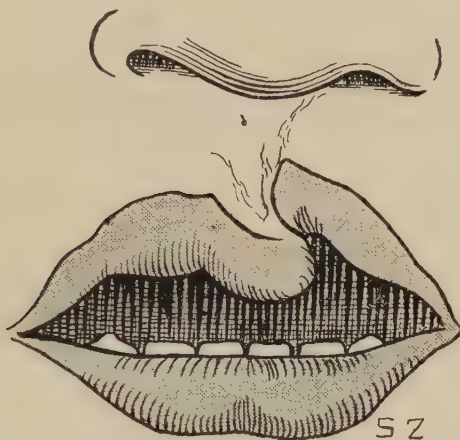


FIG. 37. — *Encoche du bord libre de la lèvre. Irrégularité de la ligne cutanéomuqueuse.*

L'opérateur a taillé le lambeau de Mirault sur la berge interne; il n'a pas su l'affronter à la berge externe mal avivée.

fente et en suturant la muqueuse; on ne doit pas se préoccuper de la cicatrice qui n'est jamais apparente sur la muqueuse.

La *saillie* (fig. 36) du bord libre est le résultat de l'opération de Malgaigne, et tous ceux qui ont suivi le procédé de Mirault (première et deuxième manières) n'ont jamais eu une telle irrégularité; de fait, cette saillie est un défaut exceptionnel. Là encore, il serait facile de corriger cette imperfection en pratiquant une excision partielle et en suturant ensuite la muqueuse.

Toutes les imperfections, que nous venons de décrire et que nous avons groupées en trois classes distinctes, peuvent se trouver combinées

ou associées mutuellement. Il en résulte des déformations franchement laides qui doivent faire la honte d'un chirurgien consciencieux.

La plus typique de ces déformations est celle que nous avons représentée (fig. 37) : on y voit réunies l'enclave de la muqueuse dans la peau, l'irrégularité de la ligne cutané-muqueuse et l'encoche du bord libre. Sans doute, l'opérateur n'a pas accumulé tant de fautes aussi grossières et il a été desservi par les événements; souvent une infection minime a pu provoquer la désunion de sutures trop précaires, et la déformation s'est reproduite partiellement. Il peut même arriver qu'une suppuration prolongée provoque une désunion plus complète qui remonte alors très haut jusque dans la zone cutanée (fig. 38). Dans les cas extrêmes, la suture

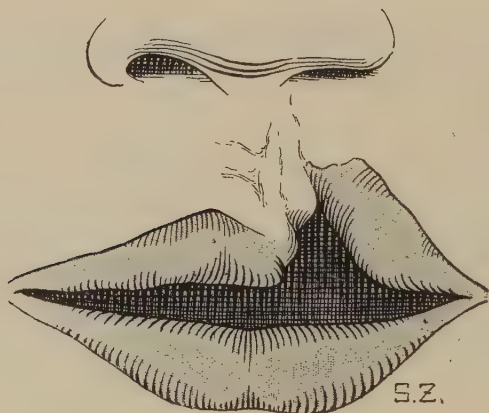


FIG. 38. — La déformation est encore plus marquée, puisque la peau s'insinue entre les deux berges.

peut lâcher en totalité et le bec-de-lièvre se reproduit dans son intégrité, car la nature a toujours tendance à reconstituer les formes telles qu'elles étaient avant l'intervention.

Ces résultats désastreux ne sont pas cependant irréparables. On peut y remédier en réintervenant comme s'il s'agissait d'un bec-de-lièvre vierge, mais en ayant soin de réséquer le bloc fibreux cicatriciel qui s'étend plus ou moins loin dans la profondeur; il faut arriver en tissu sain et retrouver, de chaque côté, les muscles qui n'avaient pas été habituellement suturés au cours de la première intervention.

La correction de ces imperfections peut donc donner des résultats satisfaisants; malheureusement, on ne peut le faire qu'en réséquant des téguments : il en résulte une tension de la lèvre supérieure dont il est

difficile d'atténuer les effets disgracieux. C'est dire avec quel soin le chirurgien doit entreprendre une intervention pour bec-de-lièvre, sans rien laisser au hasard, ni se contenter d'à peu près. Il faut obtenir du même coup la fermeture de la fente et la perfection de la forme, sans compter sur des retouches ultérieures qui ne sont qu'un pis-aller que les parents n'acceptent pas volontiers.

B. — LES RÉSULTATS INSUFFISANTS

Aux résultats franchement mauvais que nous venons de décrire, nous opposerons les résultats considérés par bien des auteurs comme satisfaisants. L'intervention s'est effectuée sans incidents. Le chirurgien a suivi scrupuleusement la technique d'un de ces procédés classiques que nous avons décrits précédemment; s'il compare le résultat de son intervention avec les documents photographiques qu'il a pris soin de recueillir avant l'opération, il se déclare satisfait; les parents eux-mêmes, qui gardent le souvenir de la difformité antérieure, s'estiment souvent heureux de la correction. Est-ce à dire que nous pouvons considérer le résultat comme parfait? Nous ne le pensons pas. Bien souvent, en effet, il persiste toute une série de petits défauts qui ne nous permettent pas d'affirmer avoir reconstitué une lèvre absolument normale.

Si l'on examine attentivement un de ces jeunes opérés, on constate fréquemment, lorsque la figure est au repos, et plus encore lorsque l'enfant rit, parle ou exécute des grimaces, un aspect un peu disgracieux qui donne au visage une expression anormale. Nous ne parlerons pas ici des déformations de la narine qui seront envisagées dans la deuxième partie de cette étude, et nous retiendrons seulement les imperfections qui existent au niveau de la lèvre supérieure, en les groupant sous trois catégories :

- 1° *Le retrait de la lèvre supérieure;*
- 2° *La déformation du liséré labial;*
- 3° *L'absence ou la déviation des crêtes philtrales.*

Ces imperfections, répétons-le, ne sont pas imputables au chirurgien; elles sont dues à l'insuffisance de nos procédés opératoires, et leur description montrera dans quel but ont été entreprises les recherches exposées dans ce travail.

1° LE RETRAIT DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

C'est le défaut le plus grave, celui qui doit toujours préoccuper l'esprit du chirurgien lorsqu'il opère un bec-de-lièvre, et particulièrement un bec-de-lièvre unilatéral total. Cette déformation est si fréquente que certains auteurs l'ont considérée comme absolument fatale; ils en acceptent l'existence chez leurs opérés avec la plus sereine résignation, comptant sur un appareil dentaire pour en atténuer les effets disgracieux.

Ce défaut n'est pas en effet imputable à l'opérateur, mais aux méthodes employées; et la plupart des procédés, aussi bien français qu'étrangers sont susceptibles de le déterminer; nous en avons vu de nombreux exemples. Rien pourtant n'est aussi laid que cet aplatissement de la lèvre supérieure (pl. II et pl. VI) : de face, la lèvre paraît bridée, étirée sur l'arcade dentaire sous-jacente; son bord muqueux rétréci disparaît en entropion derrière la proéminence de la lèvre inférieure. De profil, la déformation est encore plus accusée: la lèvre inférieure très saillante semble s'avancer comme une écuelle ou comme un bénitier appendu au mur aplati et vertical formé par la lèvre supérieure.

Pour expliquer ce retrait, cet effacement de la lèvre, plusieurs causes ont été invoquées :

a) On a incriminé tout d'abord la *section de l'arc osseux* sous-jacent; certains auteurs pratiquent en effet systématiquement, en cas de fissure gingivale s'accompagnant d'un décalage des deux berges, une reposition du tubercule incisif avec raccordement gingival.

Cette intervention nous paraît condamnable, et pourtant nous ne la retiendrons pas parmi les causes essentielles d'aplatissement de la lèvre supérieure, car si l'effacement de cette lèvre ne s'observait que chez les opérés auxquels on a refoulé le tubercule médian (pl. VII), ce serait une imperfection bien facile à éviter. Mais l'étude de nombreux cas nous a montré que les chirurgiens qui n'ont pas recours à cette pratique ne sont pas à l'abri de ces résultats défectueux : la figure 39 nous représente un enfant de douze ans opéré à l'âge d'un an par Ehrmann; l'opérateur n'avait pas sectionné les os et pourtant la déformation est absolument typique.

b) Aussi nous semble-t-il plus vraisemblable d'invoquer une autre cause, et celle-là nous paraît être l'*insuffisance musculaire*. Dans les procédés classiques, en effet, on ne suture que la peau. Après avoir pratiqué l'avivement, on place une série de points prenant seulement un ou deux millimètres de largeur et de profondeur, points très superficiels par conséquent; on complète parfois par un ou deux points profonds prenant toute l'épaisseur de la lèvre, sauf la muqueuse labiale, « points de

sécurité » destinés à soulager de toute traction les points superficiels. Mais ces points de sécurité coupant très vite, on les enlève rapidement dès le troisième jour, le quatrième jour au plus tard, pour éviter la cicatrice; à ce moment les muscles, qui étaient déjà très imparfaitement suturés, s'étirent, se relâchent complètement, laissant seule ou presque seule la peau sur le squelette sous-jacent.

On comprend donc l'erreur, ou tout au moins l'insuffisance, des procédés classiques qui négligent la suture des muscles : la lèvre, en effet,

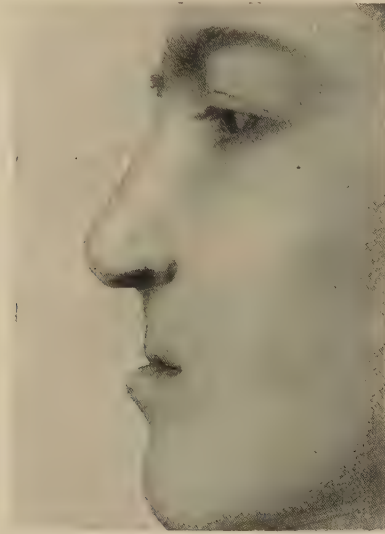


FIG. 39. — *Aplatissement de la lèvre supérieure.*

Enfant de douze ans, opéré à l'âge d'un an par Ehrmann.

est avant tout un organe musculaire; la peau n'est qu'accessoire, c'est un revêtement élastique susceptible de s'adapter à toutes les formes; lorsqu'elle n'est pas cicatricielle, la peau n'a qu'un rôle passif. Il n'en est pas de même pour les muscles qui jouent un rôle si important dans la constitution, la forme et la physiologie de la lèvre; leur contraction active peut même agir efficacement sur le développement des os, et lorsque le bec-de-lièvre s'accompagne d'une fente de l'arcade dentaire avec décalage et déviation excentrique par rapport à la courbure alvéolaire, la simple reconstitution d'une bonne sangle musculaire suffit à corriger le décalage et à faire rentrer dans le rang le rebord alvéolaire proéminent; souvent, en quelques jours, celui-ci a repris sa place.

Ainsi la suture des muscles nous paraît jouer un rôle très important pour obtenir un bon résultat définitif; elle a l'avantage de restituer à la lèvre une couche musculaire presque normale, et si nous n'osons pas affirmer que cette technique donnera à coup sûr une lèvre proéminente, au moins nous sommes certains d'obtenir une lèvre bien étoffée, très mobile et qui ne présente plus cet aplatissement si disgracieux observé autrefois par les méthodes classiques.

2° LA DÉFORMATION DU LISÉRÉ LABIAL

Avec cette imperfection, nous arrivons à l'étude de détails esthétiques dont la reconstitution nous paraît encore extrêmement délicate; certains estimeront sans doute qu'il s'agit là d'éléments insignifiants, peu dignes d'intéresser les virtuoses du bistouri; nous l'accorderons volontiers, et nous savons fort bien qu'on peut vivre heureux et vivre longtemps sans avoir une belle lèvre : les charmes de l'esprit ou la beauté des sentiments peuvent faire oublier la disgrâce d'un visage. De cela, nous en sommes les premiers convaincus, mais tous nos petits opérés ne pensent pas de même et nous ne pouvons les condamner, pour réparer l'insuffisance de leur chirurgien, à rivaliser d'esprit avec Alain Chartier (1) ou à devenir des saintes comme Marie l'Egyptienne (2).

Et puisque les progrès de la civilisation ont pour but de donner du travail au chirurgien, notre rôle est de chercher à découvrir le procédé idéal qui restituera à la lèvre tous ses détails, même s'ils paraissent impondérables, puisqu'ils en font tout le charme : l'arc de Cupidon nous paraît être de ceux-là.

Chez les opérés de bec-de-lièvre, nous avons constaté que le liséré labial est habituellement déformé; au lieu d'épouser la forme très harmonieuse dont nous avons donné la description dans le premier chapitre, le liséré est le plus souvent aplati; il ne décrit plus une large ondulation, mais un tracé rectiligne; la sinuosité qui limitait inférieurement la gouttière philtrale a complètement disparu; l'arc si élégant est devenu une corde très banale.

(1) Alain Chartier (1386-1449), poète lyrique, enthousiasma ses contemporains; il est le héros d'une gracieuse légende selon laquelle Marguerite d'Ecosse lui aurait donné, malgré sa laideur, un baiser sur les lèvres pendant son sommeil, « à cause des belles choses qui sortaient de sa bouche ».

(2) Marie l'Egyptienne vécut seule, pendant vingt années, au désert, pour expier ses fautes antérieures. Son visage, brûlé par le soleil, altéré par les privations et les jeûnes, n'avait plus figure humaine; rendant témoignage de son héroïsme et de sa sainteté, deux lions vinrent après sa mort creuser sa tombe et l'ensevelir.

Pouvons-nous espérer davantage ? Nous devons tout au moins nous y efforcer, et pour cela essayer de comprendre les causes de cette imperfection. Or, nous avons vu que, dans les procédés classiques (procédé de Mirault, procédé de Jalaguier), le lambeau formé surtout par le petit rebord muqueux de la lèvre est taillé sur la berge interne, celle qui est en dedans de la fente; au moment de la suture, le sommet de ce lambeau est ramené sous la berge externe et suturé à la surface d'avivement pratiquée symétriquement à ce niveau. Ainsi le bord rouge de la lèvre est reconstitué dans sa plus grande partie par la muqueuse de la berge



FIG. 40. — *Déformation du liséré labial.*

Adolescent de quinze ans. La lèvre est bridée, parce que tout le bord muqueux a été reconstitué par un lambeau pris sur la berge interne. L'opérateur a réalisé l'opération figurée par Monod et Vanwerts, comme représentant le procédé de Mirault (première manière).

interne, celle qui est la moins fertile; la traction presque fatale a pour conséquence de brider plus ou moins fortement le bord rouge, et d'en supprimer les courbures (fig. 40).

Une autre cause mériterait encore d'être envisagée; elle se rattache à des notions d'embryologie que nous développerons dans le chapitre suivant. Nous verrons qu'on peut se demander si, au moment de la constitution de la face, la muqueuse du bourgeon maxillaire ne vient pas empiéter sur le territoire muqueux du bourgeon médian; ce petit détail

embryologique expliquerait peut-être l'ondulation du liséré labial et la formation de l'arc de Cupidon. Si ce détail était prouvé, nous pourrions en conclure que le meilleur procédé opératoire étant celui qui cherche à remettre les éléments anatomiques dans leur disposition normale, il est indispensable, pour faire une opération logique, de tailler le lambeau muqueux sur la berge externe, puis de l'appliquer là où il devrait empiéter normalement sur le territoire muqueux du bourgeon médian préalablement avivé. Les procédés opératoires classiques, allant à l'encontre de ces données embryologiques, ne pourraient jamais obtenir une lèvre normale, et leur emploi serait une erreur. L'avenir seul nous permettra d'apprécier la valeur de cette hypothèse qui ne repose actuellement que sur des données un peu théoriques.

3° ABSENCE OU DÉVIATION DES CRÊTES PHILTRALES

La reconstitution des crêtes philtrales ou columelles reste la perfection la plus difficile à atteindre dans le traitement du bec-de-lièvre. Les lèvres des opérés, même les plus parfaites, forment le plus souvent une courbure uniforme, et le seul relief qui vient en rompre la monotonie est celui d'une cicatrice blanchâtre quelquefois disgracieuse.

Avec les procédés classiques, il paraît impossible de restaurer ces détails d'esthétique. C'est le professeur Ombrédanne qui, le premier, en 1910, a insisté sur l'insuffisance des méthodes opératoires pour corriger tous les petits défauts du bec-de-lièvre et, en particulier, il n'a pas manqué de signaler cette disparition ou cette déviation des crêtes philtrales qu'il désigne sous le nom de « talus sous-narinaire ». Prenant comme exemple le procédé de Mirault (sans préciser d'ailleurs lequel), il montre très justement que le lambeau est taillé dans le bord muqueux de la berge interne par une incision qui atteint au moins le milieu de la gouttière philtrale, si ce n'est davantage; au moment de la suture, le lambeau est attiré en dehors, et le fond de cette incision se trouve amené sur la verticale passant par le milieu de la narine, du côté de la fente. Ainsi la crête philtrale du côté sain est-elle déviée, par son extrémité inférieure, vers le côté de la fente en décrivant une courbe à concavité interne; quant à la crête philtrale qui bordait la fissure labiale, elle a disparu, ou ce qui en reste est parfois dévié du même côté.

Le procédé de Jalaguier, publié vers la fin de cette même année (novembre 1910), n'était pas susceptible de fournir de meilleurs résultats, puisque l'incision menée sur la berge interne s'étendait franchement jusqu'à la ligne médiane ou la dépassait quelquefois.

Or, nous avons vu au début de cette étude que tous les petits détails esthétiques de la lèvre se trouvaient conservés dans le bec-de-lièvre et

qu'ils étaient souvent visibles avec une assez grande netteté; les directives embryologiques, que nous rappellerons dans le chapitre suivant, nous montrent de plus que le bec-de-lièvre constitue, au niveau de la peau, une malformation franchement latérale et que les crêtes philtrales siègent toujours sur la berge interne de la fente. Aussi, pour s'efforcer de restituer à la lèvre une forme idéale, nous paraît-il nécessaire de ménager avec soin dans nos incisions toute la région qui présente ces détails anatomiques en apparence insignifiants.

C'est dire qu'il faudra tout d'abord rechercher minutieusement, sur la berge interne, la région qui appartient à la ligne médiane et qu'on devra respecter à tout prix; puis on aura soin de n'utiliser que des incisions nettement latérales, et, pour cela, de tailler le lambeau muqueux, non pas sur la berge interne, à l'exemple des auteurs classiques, mais sur la berge externe qui est la berge fertile. On peut ainsi avoir l'espoir de conserver l'intégrité des columelles, éviter leur déviation et approcher du résultat idéal qui reste notre légitime ambition.

CHAPITRE IV

BASES ANATOMIQUES DIRECTIVES EMBRYOLOGIQUES

Dans le traitement d'une malformation congénitale, le meilleur procédé opératoire sera celui qui respectera le plus les dispositions embryologiques et reconstruira les plans suivant leur ordonnance naturelle. La correction d'un bec-de-lièvre ne consiste pas à prendre les téguments là où on les voit, mais à remettre en leur place normale les éléments déplacés. Toute méthode qui s'écarterait de ce principe aboutirait fatalement à une imperfection, sinon à un échec.

Mais pour corriger l'erreur de construction, pour rétablir les plans dans leur situation régulière, il faut tout d'abord connaître la disposition normale et comprendre les transformations qui aboutissent à la malformation.

C'est dire que tout traitement opératoire du bec-de-lièvre doit avoir pour fondement essentiel la connaissance précise du siège de la fente, et l'intelligence de la perturbation exacte apportée dans l'architecture des divers plans anatomiques.

C'est ce que M. Veau a étudié dans un long mémoire paru, en 1926, sur « le rôle du tubercule médian dans la constitution de la face ». Dans ce travail, il a cherché à se représenter, en chirurgien préoccupé de l'acte opératoire, comment les divers éléments anatomiques se développent, se transforment et s'organisent pour constituer la face définitive. Les conclusions, auxquelles il a abouti, lui ont servi de directives pour le guider dans toutes ses recherches. Nous ne pouvons ici que résumer très brièvement certaines de ses opinions, sans affirmer d'ailleurs qu'elles représentent des solutions définitives. Dans cette recherche de la vérité scientifique, il y a des faits qui paraissent définitivement acquis, mais il reste encore de nombreux points de détails qui méritent d'être précisés et nécessiteront d'autres recherches et de nouvelles expérimentations.

Dans ce premier chapitre, réservé à l'étude de la lèvre, nous ne retiendrons seulement que deux faits qui ont une utilité chirurgicale et qui serviront de base à la technique :

1° *Le siège de la fente labiale;*

2° *La stérilité musculaire de la berge interne de la fente.*

I. — SIÈGE DE LA FENTE

Le siège exact de la solution de continuité mérite d'être précisé, car il paraît différent au niveau de la peau et au niveau de la muqueuse (fig. 41).

a) *Au niveau de la peau* : les faits sont assez nets pour qu'aucune discussion ne soit possible. L'examen attentif d'un bec-de-lièvre montre facilement le siège de la fente, mais dans cette étude ce ne sont pas les cas graves qui sont les plus instructifs : ce sont les formes les plus atténuées, celles où la fente est réduite à un vestige; dans ces formes appelées becs-de-lièvre cicatriciels, on voit très nettement la zone de fusion

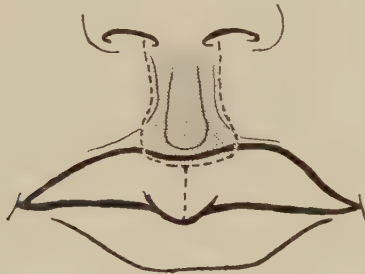


FIG. 41. — *Territoire du bourgeon inter-maxillaire dans la constitution des téguments de la lèvre supérieure.*

entre les téguments du tubercule médian et ceux du bourgeon maxillaire.

La ligne de démarcation est constituée par une ligne verticale qui commence au milieu du seuil de l'orifice narinaire; ainsi à ce niveau la peau du tubercule médian empiète toujours sur le bord inférieur de l'orifice, et jamais la ligne de démarcation ne vient aboutir à la cloison. A partir de cette origine, la ligne descend verticalement pour rejoindre à angle droit le liséré labial; elle laisse toujours en dedans d'elle la crête philtrale ou columelle qui fait partie du tubercule médian.

Le bec-de-lièvre n'est donc qu'une *fente verticale*, et si l'écart entre les deux berges de la fente paraît plus large à sa partie inférieure, cela vient uniquement de la traction exercée par les muscles.

Ce fait embryologique aura son intérêt dans la recherche des directives opératoires : toutes les méthodes chirurgicales qui font au niveau de la peau une ligne de suture imbriquée vont à l'encontre de ces

données embryologiques. Elles permettront sans doute de donner des résultats satisfaisants, mais elles ne sauraient reconstituer des lèvres impeccables au point de vue morphologique ; elles sacrifient délibérément la perfection de la forme. Tel est le cas du procédé de Mirault (première manière) et de tous ses dérivés.

Ainsi le premier objectif qu'il faut avoir, lorsqu'on entreprend le traitement d'un bec-de-lièvre, est de tracer des incisions qui donneront au niveau de la peau une ligne de suture verticale.

b) *Au niveau de la muqueuse* : le siège de la fente est beaucoup plus difficile à préciser. Les faits embryologiques montrent qu'à l'époque où se constitue la fente du bec-de-lièvre (troisième semaine), il n'y a pas de bourrelet muqueux ; les berges des bourgeons qui devraient se souder sont formées par un épithélium à peine différencié qui tapisse une masse mésenchymateuse absolument indifférente où n'existent ni os, ni muscles, ni artères, ni nerfs.

La formation du bourrelet muqueux est donc secondaire, et la différenciation des téguments, qui aboutira à la démarcation entre peau et muqueuse, se produira au bord inférieur de la lèvre, au moment de l'apparition des formations mésodermiques (muscles et os). L'importance du rebord muqueux est en fonction immédiate du développement de ces muscles ; lorsque ceux-ci se développent mal et qu'ils sont insuffisants, le rebord muqueux est toujours réduit de volume.

Or, les muscles se développent de dehors en dedans ; ils viennent des parties latérales dans les bourgeons maxillaires supérieurs pour se fusionner sur la ligne médiane dans le bourgeon nasal interne. Il semble rationnel de penser que la muqueuse du bourgeon maxillaire vient empiéter sur la muqueuse du bourgeon median, et que, dans un bec-de-lièvre, la solution de continuité qui est latérale au niveau de la peau est sensiblement médiane au niveau de la muqueuse.

Ce sont là sans doute des considérations un peu théoriques, basées davantage sur des déductions que sur des constatations embryologiques. Il serait intéressant de vérifier si les résultats chirurgicaux ultérieurs prouvent l'exactitude de cette hypothèse. Pour le moment, nous nous contenterons de ces prémices et nous en tirerons cette conclusion que la ligne de suture qui était latérale au niveau de la peau doit être médiane au niveau de la muqueuse.

II. — STÉRILITÉ MUSCULAIRE DE LA BERGE INTERNE DE LA FENTE

La stérilité musculaire de la berge interne de la fente est une assertion que nous croyons actuellement démontrée (fig. 42).

Au point de vue *anatomique*, en effet, on peut facilement constater par l'examen d'un bec-de-lièvre que, sur la berge interne, les muscles font défaut dans tout le segment compris entre la ligne médiane et la fente. En dehors de la fente, au contraire, le muscle orbiculaire est exubérant et la lèvre est globuleuse, arrondie.

Au point de vue *embryologique*, la question serait simple si l'on admet-

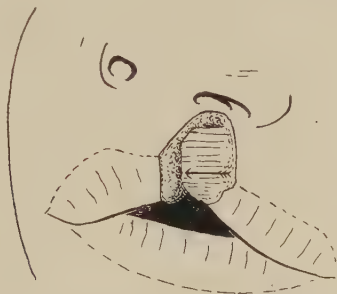


FIG. 42. — Les muscles de la berge externe coulent dans le tubercule médian.

tait sans conteste l'origine des muscles de la lèvre et si l'on connaissait d'une façon exacte les différentes étapes de leur développement.

Théoriquement, en effet, les muscles se forment aux dépens des myotomes primitifs (situés en arrière, de chaque côté du notocorde) ou de ce qui les remplace au niveau des sommités occipitales. Ces muscles poussent comme une coulée de lave dans les bourgeons maxillaires supérieurs qu'ils envahissent rapidement après la fusion de ces bourgeons avec le tubercule médian. Ce développement des muscles est d'ailleurs tardif, et l'envahissement musculaire dans la lèvre supérieure ne survient qu'après le développement des troncs nerveux qui sont tous des rameaux du facial.

Chez les embryons normaux, les fibres musculaires franchissent aisément de part et d'autre la ligne médiane, et le muscle orbiculaire se trouve constitué. Chez les embryons atteints de bec-de-lièvre unilatéral, les fibres musculaires, du côté normal, peuvent encore franchir la ligne médiane et, en petit nombre, arriver jusqu'aux téguments de la berge

interne de la fente où on les voit s'insérer; mais, de l'autre côté, la solution de continuité a empêché le muscle de s'avancer jusqu'à la ligne médiane en créant un obstacle infranchissable à sa progression. Ainsi, sur la berge interne de la fente, on ne trouve que les fibres musculaires très peu nombreuses venues du côté opposé, alors que la berge externe paraîtra exubérante de toutes les fibres qui auraient dû envahir la berge interne s'il n'y avait pas eu de solution de continuité. Le bec-de-lièvre n'a donc pas créé une déficience musculaire régionale; mais, en tant que fente, il a empêché les muscles externes de s'étendre dans leurs territoires normaux, et l'aplasie qu'il a déterminée est strictement unilatérale.

Cette conception si séduisante du développement des muscles de la lèvre n'a pas été admise par tous les embryologistes. Certains, tels Van Vijhe ou Futamura (1925), admettent que les muscles de la face se forment sur place comme les muscles peauciers par myomisation du tissu sous-cutané, et par production *in situ* de fibres musculaires. S'il faut tenir pour vraie pareille théorie, il faut admettre du même coup que la berge interne d'un bec-de-lièvre possède par elle-même une armature musculaire. Mais en supposant que les muscles puissent se former, ils ne sauraient trouver sur place une innervation; si embryologiquement ils peuvent se développer, pratiquement ils sont inexistants puisqu'ils n'ont pas de nerfs.

Quoi qu'il en soit de ces considérations un peu théoriques, nous ne retiendrons que le fait anatomique, le seul qui nous intéresse au point de vue chirurgical en raison des directives opératoires qu'il conditionne : *dans le bec-de-lièvre, la berge externe est la zone fertile*; c'est là qu'il faut aller chercher les muscles pour les ramener devant la fente et suppléer ainsi à la déficience musculaire de la berge interne.

Cette stérilité fonctionnelle de la berge interne nous montre l'erreur des chirurgiens qui ont voulu reconstituer la totalité ou la majeure partie de la lèvre en utilisant uniquement cette berge interne déficiente (fig. 11, 12 et 13). Le résultat eût été moins mauvais, s'ils avaient reconstitué la lèvre uniquement avec la berge externe; ils auraient assuré la réfection de la sangle musculaire et leurs opérés n'auraient pas présenté la déformation si disgracieuse d'un aplatissement de la lèvre supérieure (fig. 40).

Ceci prouve qu'il faut accorder à la berge externe tout le territoire qui lui revient et toute l'importance à laquelle elle a droit. C'est ce qu'il nous reste à envisager dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE LA LÈVRE

La fermeture de la fente labiale dans un bec-de-lièvre unilatéral serait une opération très facile si :

- 1° La région n'était pas d'une inconsistance désespérante.
- 2° L'hémorragie n'était pas très gênante pour l'opérateur.
- 3° L'affrontement parfait des sutures n'était pas une condition indispensable pour la perfection du résultat ultérieur.

L'opération est facile parce que la région est admirablement bien exposée; on peut examiner la lèvre, la retourner dans tous les sens que l'on veut, et c'est pour cette raison que le traitement du bec-de-lièvre est beaucoup plus facile que le traitement de la division palatine. Mais certains inconvénients viennent contre-balancer ce précieux avantage :

- 1° La lèvre est d'une *inconsistance* décourageante.

La première difficulté consiste à immobiliser la région qu'il faut inciser. Sur la berge interne, le squelette n'est pas très loin, on peut encore fixer la lèvre en l'appuyant sur un plan résistant ; mais sur la berge externe, on ne peut pas toujours compter sur cette manœuvre, et il devient nécessaire de saisir la lèvre entre le pouce et l'index pour lui donner une fixité relative en maintenant ainsi les tissus (fig. 43).

Pour favoriser encore cette fixité, nous avons pris l'habitude d'utiliser un petit instrument construit par Collin (fig. 44). Ces aiguilles, piquées profondément dans la lèvre, peuvent trouver un point d'appui solide sur le squelette sous-jacent.

- 2° L'hémorragie est très gênante pour l'opérateur. La lèvre est en effet une région très vasculaire et, dès que le bistouri a traversé les téguments, le sang masque la région que l'on va inciser.

Aussi, bien des chirurgiens ont encore conservé l'habitude de placer, sur chacune des commissures, des clamps garnis de caoutchouc. Nous y avons renoncé parce que cette compression, pour être utile, doit être énergique; elle provoque de l'œdème, et ces troubles circulatoires sont peut-être une cause de moins bonne reprise. Mais il faut reconnaître qu'un chirurgien inexpérimenté peut tirer très utilement parti de cette méthode qui lui permet d'examiner à loisir la région où vont porter ses incisions.

L'une des conséquences immédiates de cette hémorragie est d'obliger

le chirurgien à prévoir dans ses moindres détails, avant de commencer l'intervention, le tracé des incisions qu'il va pratiquer. Il ne doit rien laisser au hasard et il n'a pas le droit de compter sur l'inspiration géniale du dernier moment.

A ce point de vue, il importe de bien souligner la différence fondamentale qui sépare le traitement de ces malformations *congénitales* et celui des cicatrices vicieuses *accidentelles*.

Une malformation congénitale quelconque (que ce soit un bec-de-lièvre, une division palatine, un hypospadias, une syndactylie, etc.), est une affection typique, régulière, toujours constante à elle-même. Sans doute

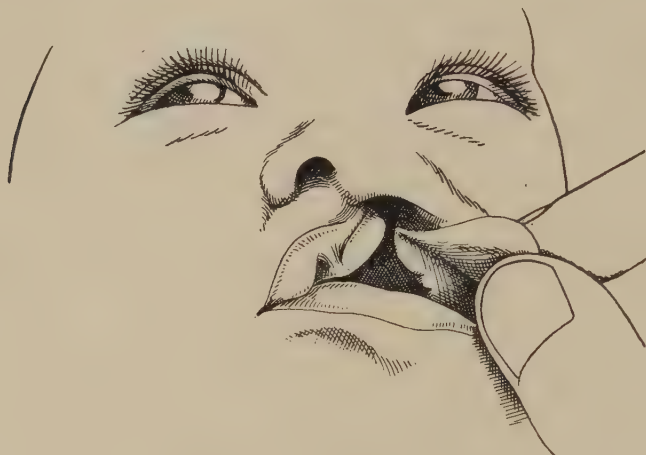


FIG. 43. — *Fixation de la berge externe.*

on en observe des variétés, mais celles-ci sont peu nombreuses, elles ont été identifiées; il suffit de les connaître pour ne pas avoir de surprises, et le chirurgien averti doit être familiarisé avec les moindres détails de la malformation qu'il corrige.

Au contraire, les cicatrices accidentelles sont des faits individuels, essentiellement polymorphes et ces faits n'ont entre eux qu'une parenté très éloignée. Le chirurgien qui en poursuit le traitement doit étudier chaque cas en particulier; il doit surtout se laisser guider, au cours de l'intervention, par les lésions anatomiques qu'il découvre : il ne pouvait les prévoir.

Il y a donc entre ces deux actes opératoires une opposition fondamentale que les résultats ne manqueront pas de souligner davantage. Dans une malformation congénitale, tous les éléments anatomiques sont là,

modifiés dans leur situation ou leur aspect par le fait de la malformation, mais *normaux* dans leur structure et leur réaction chirurgicale ; l'opérateur doit les retrouver, reconstruire les plans suivant leur ordonnance régulière et parvenir à une restitution complète de la forme.

Dans une cicatrice vicieuse, au contraire, la lésion causale a détruit des tissus; ceux qui se sont reconstitués sont *altérés* dans leur structure, ils ne peuvent se comporter comme des tissus normaux, il faut en réséquer; le chirurgien ne peut avoir, en pareil cas, la prétention de restituer intégralement la forme; il doit se contenter de tirer le meilleur parti des matériaux qui lui restent; son talent ingénieux lui permettra de faire pour le mieux, il ne peut espérer davantage.

3° La dernière difficulté de l'opération de la lèvre est la nécessité d'un *affrontement très exact* des bords de la plaie opératoire. Les sutures seront aussi minutieuses et esthétiques que possible tout en possédant un certain nombre de qualités essentielles: elles doivent rapprocher les deux tranches de peau sans traction; elles ne doivent pas causer un traumatisme supplémentaire, elles doivent enfin réaliser un affrontement parfait.

Nous ne parlerons bien entendu que des sutures cutanées; au niveau de la muqueuse et du bord rouge de la lèvre, on ne voit jamais de cicatrice apparente; sur ce fait si curieux, Mirault a insisté avec une grande complaisance : il le croyait unique dans l'économie.

Une suture esthétique doit avoir, parmi ses principales qualités, celle de rapprocher les tissus sous-cutanés assez fortement pour que la réunion des téguments puisse se faire sans la moindre traction; c'est la condition essentielle qui permettra à la cicatrice de rester parfaitement linéaire.

Au niveau de la lèvre, on peut profiter de la réfection de la sangle musculaire pour protéger de toute traction l'affrontement superficiel, et nous verrons que cette suture musculaire, telle que nous la décrivons (fig. 54), a le double avantage d'assurer, sans laisser la moindre cicatrice sur la peau, une réfection anatomique de l'orbiculaire et de constituer un soutien à distance des points placés sur les téguments.

La deuxième qualité essentielle d'une suture esthétique est de n'ajouter aucune lésion supplémentaire à la plaie opératoire. Si l'on utilise la technique habituelle d'une suture cutanée, on perfore la peau avec une aiguille de Reverdin pour placer une série de crins superficiels passés de part et d'autre à deux ou trois millimètres de la tranche de section ; on complète par un ou deux points de sécurité passés plus à distance, à cinq millimètres environ. Il est facile de comprendre qu'en serrant les nœuds, on étrangle partiellement les lèvres cutanées; ainsi, non seulement la plaie opératoire marquera sa cicatrice, mais les points de

suture y ajouteront la leur, faite des deux orifices de perforation que réunit la ligne d'étranglement.

Le résultat final est souvent fort disgracieux; lorsqu'il opère un jeune garçon, le chirurgien s'en console en disant aux parents que plus tard la moustache cachera la cicatrice. C'est toujours une erreur, car le défaut de la moustache est fréquent dans le bec-de-lièvre : l'anomalie pileuse accentue encore la déformation; aussi, presque toujours, les adultes préfèrent-ils se raser complètement.

Pour respecter autant que possible les téguments, M. Veau utilise des petites aiguilles montées de soie fine et vendues dans le commerce sous le nom d'aiguilles à suture vasculaire. Avec cette instrumentation, il est facile de ne prendre exactement qu'une tranche extrêmement mince de téguments. Puisque cette suture superficielle n'a pour rôle que de parfaire l'affrontement, et que la contention est assurée par la suture musculaire profonde, on peut se permettre de ne pas serrer les nœuds au delà de ce qu'il est nécessaire à la simple jonction. Si l'on a la précaution de surveiller attentivement les fils et de les enlever avant qu'ils ne coupent, on peut être assuré d'obtenir une cicatrice idéale où la suture n'aura rien ajouté à la plaie opératoire.

Il reste encore un dernier fait qui mérite de retenir l'attention, c'est le soin minutieux avec lequel on doit réunir correctement les deux lèvres de la plaie, et reconstituer exactement la ligne cutané-muqueuse. L'affrontement doit être parfait au niveau de la peau : tout chevauchement, tout décalage, même minime, entraîne une dénivellation regrettable et rend la cicatrice épaisse et irrégulière. Quant à la reconstitution exacte de la ligne cutané-muqueuse, nous en avons vu déjà toute l'importance et nous avons étudié toutes les imperfections qui résultent de son irrégularité. Pour éviter ce double défaut, on peut utiliser avec avantage la loupe binoculaire au moment du passage de ces différents points; son emploi permet de placer les fils de suture avec la plus parfaite correction et d'assurer un affrontement dont le chirurgien n'aura pas à rougir.

AGE OPPORTUN POUR L'INTERVENTION

L'âge favorable pour l'intervention du bec-de-lièvre a toujours été discuté; il existe des partisans résolus des opérations hâtives et des adversaires convaincus de ces interventions précoces. Le problème est d'ailleurs très complexe et ne saurait être résolu à coup de statistiques.

Les partisans d'une intervention précoce invoquent, à l'appui de leur thèse, la débilité provoquée par la malformation labiale qui gêne la

nutrition ; opérant les enfants dans les premiers jours qui suivent la naissance, ils estiment être à l'abri de la redoutable complication constituée par le syndrome pâleur-hyperthermie ; enfin ils satisfont le désir des parents qui ont grande hâte de voir corriger cette déformation qui blesse cruellement leur amour-propre.

Les adversaires des opérations hâtives opposent à ces raisons des arguments de valeur : la gravité du choc opératoire chez ces débilités congénitales, l'influence néfaste du séjour en milieu hospitalier, la difficulté d'obtenir chez ces très jeunes enfants un résultat esthétique d'emblée irrécusable.

Nous n'entrerons pas dans une discussion où les chirurgiens restent encore partagés. Nous avons pris l'habitude de reculer la date de l'intervention au troisième ou quatrième mois ; mais, dans les cas de bec-de-lièvre simple, lorsque l'enfant est nourri au sein, nous avançons volontiers cette date.

La règle est d'opérer avant que la dentition commence ou de choisir une période intermédiaire aux poussées de dentition. Il nous a paru facile d'obtenir à cet âge une réfection parfaite qui ne nécessite par la suite aucune retouche secondaire.

Le chirurgien doit avoir assez d'influence pour imposer aux parents, avec une douce fermeté, la décision que lui conseillent sa raison et sa conscience professionnelle. En fait, nous devons reconnaître que nous n'avons jamais rencontré de difficulté sérieuse pour convaincre les jeunes mères qui nous présentaient leur nouveau-né.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

La gravité de l'opération du bec-de-lièvre unilatéral est fonction de l'état antérieur du jeune enfant. C'est dire toute l'importance du choix du moment de l'intervention.

Il ne faut jamais opérer un enfant qui présente la moindre éruption sur le visage ou le moindre écoulement nasal, car cette sécrétion ferait couper les fils et pourrait même désunir complètement la suture. Il est important de s'assurer que l'enfant ne tousse pas, car les jeunes sujets sont exposés aux broncho-pneumonies si graves en milieu hospitalier. Ce sont là des points essentiels dont dépend le succès.

Il est capital de n'entreprendre l'intervention qu'après avoir gardé l'enfant en observation pendant quelques jours. La température sera prise matin et soir ; on redoutera toujours l'incubation d'une fièvre éruptive.

Pendant cette période, il est bon de laver soigneusement la région avec du sérum, de faire un nettoyage sérieux de la bouche et de passer un

tampon enduit de glycérine boratée sur les lèvres et la langue. Les cavités nasales seront désinfectées par des instillations biquotidiennes d'huile goménolée ou eucalyptolée au dixième.

La veille de l'intervention, on donnera aux enfants un lavement évacuateur ; chez les nourrissons, on fera à la suite du lavement une instillation rectale, en goutte à goutte, de 125 grammes de sérum glucosé bicarbonaté.

Le jour de l'opération, les enfants seront laissés à jeun ; les nourrissons recevront encore un biberon d'eau sucrée trois ou quatre heures avant l'intervention.

INSTRUMENTATION

En dehors des instruments habituels, nous employons volontiers quelques instruments spéciaux qui sont utiles pour mener à bien l'opération telle que nous la décrirons. Il ne s'agit pas là d'une instrumentation indispensable comme peuvent l'être l'ouvre-bouche de Reverdin ou les crochets-rugines pour une staphylorrhaphie. Mais dans une intervention comme celle du bec-de-lièvre, où la minutie n'est pas une bagatelle, il ne faut négliger aucun élément, si infime qu'il soit, et nous ne craignons pas de décrire par le menu des détails dont nous avons bien souvent apprécié l'importance.

Il faut tout d'abord savoir choisir son *bistouri* ; on utilisera de préférence les vieux bistouris, usés par les repassages successifs ; ils seront pointus, bien tranchants, peu épais ; leur lame courte ne dépassera pas cinq millimètres de largeur.

Les *aiguilles jumelées* de Collin (fig. 44) serviront à fixer la lèvre, tout en repérant la ligne cutanéomuqueuse ; elles sont constituées par deux aiguilles parallèles, soudées dans un disque de métal ayant la forme et les dimensions d'un gros sou. L'écart entre les deux aiguilles, le plus fréquemment utilisé, est celui de deux millimètres ; nous avons fait construire un jeu de disques où les aiguilles étaient fixées à des écarts progressivement croissants. En fait, nous ne nous servons que d'une seule aiguille, celle de deux millimètres, quel que soit l'âge du jeune malade.

Quant aux *ciseaux* et aux *pincés* à dissection, ils n'ont pas besoin d'être d'une taille considérable ; dans une intervention qui demande plus d'habileté que de force, il paraît inutile d'employer des instruments volumineux ; les dimensions du champ opératoire n'excèdent pas le plus souvent quelques centimètres carrés, la longueur des incisions s'évalue en millimètres. Il ne faut donc pas songer à utiliser l'instrumentation qui servirait à faire une hystérectomie ; le goût des proportions, et plus

encore les commodités opératoires, invitent le chirurgien à se servir d'instruments plus modestes. Nous utilisons toujours les ciseaux et les pinces employés couramment en ophtalmologie ; les pinces intestinales de Kocher-Terrier sont également très commodes pour saisir les lambeaux et faciliter la libération des téguments.

Le matériel de suture comporte trois sortes d'éléments :

1° des fils de bronze recuit d'un dixième de millimètre pour la suture musculaire; ces fils ne sont d'ailleurs pas indispensables, on pourrait aussi bien employer des crins forts ;

2° des crins moyens et fins qui serviront pour la suture de la muqueuse;

3° des aiguilles enfilées de soie à suture vasculaire, dont la seule particularité est la suivante : la soie est faite d'une torsade de sept brins,



FIG. 44. — Aiguilles jumelées utilisées pour repérer très exactement le point où l'incision doit traverser la ligne cutanéomuqueuse.

elle est donc plus résistante à la traction que la soie à suture vasculaire habituelle.

Pour passer les fils de bronze ou les crins, on utilisera les aiguilles de Reverdin courbes ou droites ; mais pour les aiguilles de soie vasculaire, on doit faire usage d'une pince à mors plats ou mieux d'un porte-aiguille spécial dont le modèle le plus simple sera de beaucoup le meilleur.

POSITION DU SUJET ET MODE D'ANESTHÉSIE

L'enfant est roulé dans une alèze et étendu sur la table d'opération en position de Rose. Le chirurgien est assis sur un siège élevé à l'extrémité de la table ; il doit être installé confortablement, les pieds appuyés sur un tabouret ou sur les barreaux de sa chaise. La tête de l'enfant, reposant

sur un coussinet annulaire, affleure le bord de la table; l'opérateur peut facilement en régler la déflexion en faisant varier la bascule ou la hauteur de la table.

L'anesthésie se fait au chloroforme, par insufflation, selon la méthode préconisée par le Professeur Ombrédanne. L'enfant est d'abord endormi avec l'appareil de Ricard ou à la compresse, puis lorsque la résolution est obtenue, la narcose est entretenue par insufflation de vapeur de chloroforme dans une sonde de Nélaton engagée par une narine et poussée jusqu'au pharynx. Cette méthode a le gros avantage de réaliser une anesthésie continue, mais son inconvénient principal est de faire respirer à l'opérateur, toujours penché au-dessus de la bouche de l'enfant, presque autant de chloroforme qu'au patient. Lorsqu'on pratique couramment de telles interventions, il devient nécessaire d'avoir un ventilateur à ses côtés.

L'hémo-aspiration est indispensable pour diminuer la déglutition du sang qui s'écoule dans la cavité buccale. La canule aspiratrice est munie à son extrémité d'une sonde de Nélaton coupée; elle reste à demeure sur le thorax de l'enfant : l'opérateur ou son aide peut la saisir facilement pour aspirer le sang qui s'accumule dans le pharynx. Il faut éviter, au cours de l'intervention, d'appliquer la canule aspiratrice sur les tranches de section ou sur les lambeaux cutanés qui saignent assez abondamment lorsqu'on avive les deux berges de la fente labiale ; c'est une tentation à laquelle résiste difficilement un aide trop novice, mais dont il faut le mettre en garde ; bien que les opérations sur les lèvres ne puissent être parfaitement aseptiques, on doit s'efforcer de réduire cette septicité au minimum, et il nous paraît inutile ou même dangereux d'ensemencer d'un cœur léger les plaies opératoires avec les sécrétions pharyngiennes recueillies par la canule aspiratrice. Au niveau de la lèvre, il n'est pas difficile d'éponger le sang avec de petites compresses ; sans craindre les désunions totales, exceptionnelles après une intervention pour bec-de-lièvre (contrairement à ce que l'on observait dans les divisions palatines), nous devons avoir soin d'éviter les causes d'infection qui peuvent déterminer des petites suppurations locales, cause d'une cicatrice plus épaisse, plus accusée ou plus disgracieuse.

Outre l'anesthésiste, il est bon d'avoir deux aides : l'aide principal se tient à droite, il est chargé de passer les fils, il doit être attentif et vigilant sans zèle intempestif. Le second aide, qui se tient à gauche, est utile pour manier l'aspirateur dans le pharynx, pour éponger avec des compresses le champ opératoire, enfin pour tendre certains fils au moment des sutures ; son rôle est plus effacé, mais un aide intelligent doit être assez modeste pour remplir dans la perfection une tâche sans éclat.

Premier temps. — Incision de la berge interne

Le chirurgien qui entreprend l'opération d'un bec-de-lièvre ne doit être préoccupé que d'une chose : la ligne cutanéomuqueuse ; s'il est inexpérimenté, il fera bien de l'examiner à loisir avant l'intervention. Il doit l'avoir regardée soigneusement pour la bien connaître et il ne doit pas la perdre des yeux quand il commence ses incisions. Cette ligne commande en effet tout le tracé des avivements ; si le bistouri empiète sur elle, c'est la catastrophe fatale : il y aura ultérieurement une enclave de muqueuse dans la peau.

Aussi avons-nous pris l'habitude de repérer avec des aiguilles (fig. 45) le point exact où l'incision doit enjamber cette ligne cutanéomuqueuse : c'est là le nœud de l'intervention. Ce point sera suturé soigneusement avec son homologue sur la berge externe ; si, au moment de la suture, il n'y a pas congruence *absolue* des deux berges en ce point, l'imperfection est inévitable.

1° JALONNEMENT SUR LA LIGNE CUTANÉO-MUQUEUSE

Les aiguilles jumelées vont donc marquer le point où le bistouri doit trancher la ligne cutanéomuqueuse ; en examinant attentivement la lèvre, on trouve assez facilement sa situation : ce point est absolument symétrique du sommet du liséré labial qui dessine sur le côté sain un demi-arc de Cupidon ; il répond à l'emplacement où la crête philtrale vient normalement mourir en prenant contact avec le liséré.

La figure 1 montre nettement combien ce point est bien visible dans un bec-de-lièvre simple ; sans être toujours aussi apparent, il reste encore très appréciable dans un bec-de-lièvre compliqué.

Ce point étant repéré, on oriente le disque de métal perpendiculairement à la ligne cutanéomuqueuse et on plante la pointe des aiguilles de part et d'autre (fig. 45) : l'une des aiguilles pénétrera donc en pleine peau, l'autre pénétrera dans la muqueuse. Les aiguilles sont enfoncées profondément ; elles viennent prendre contact avec le squelette sous-jacent et, en s'agrippant sur l'os, elles fixent solidement la région que l'on va inciser.

2° INCISION DES TÉGUMENTS

On tracera tout d'abord l'incision du segment cutané. La pointe du bistouri est enfoncée au ras de l'aiguille supérieure qui est plantée dans la peau ; puis, à partir de ce point, la lame du bistouri va inciser les tégu-

ments en remontant vers la narine, tout en suivant très exactement la ligne cutanéomuqueuse (fig. 46). C'est à ce moment qu'il faut faire très attention de ne pas empiéter sur la muqueuse, la ligne d'incision doit toujours cheminer dans la zone cutanée. Il n'y a pas d'inconvénient à ce qu'elle passe trop loin dans la peau, il y en aurait un sérieux à passer dans la muqueuse : l'inclusion d'un îlot de muqueuse rouge au milieu de la peau serait fatale. Il est même prudent de ne pas faire porter l'incision aux confins de la ligne cutanéomuqueuse : c'est une zone de transition qu'il faut éviter à tout prix, sinon on observe souvent, après guérison, une rougeur un peu anormale de la cicatrice qui s'exagère et devient disgracieuse si l'enfant a le moindre écoulement nasal ; il est classique de dire, dans ces cas, que la cicatrice est chéloïdienne ; il nous semble, au con-



FIG. 45

FIG. 45. — *Les aiguilles sont piquées très exactement au niveau du point marqué.*



FIG. 46

FIG. 46. — *Tracé de l'incision que va suivre le bistouri.*

traire, plus juste d'avouer qu'il s'agit là d'une légère faute opératoire.

L'incision cutanée étant ainsi tracée franchement jusqu'au seuil narinair, le bistouri revient alors à l'aiguille supérieure et, perpendiculairement à cette première incision, il tranche la ligne cutanéomuqueuse en allant d'une aiguille à l'autre.

Arrivée au contact de l'aiguille inférieure piquée dans la muqueuse, la pointe du bistouri tourne à angle droit et entreprend l'incision du bord rouge de la lèvre. Le tracé suivra toujours la ligne cutanéomuqueuse, mais en se dirigeant en dedans, vers la ligne médiane, à l'opposé de l'incision cutanée et en cheminant en plein territoire muqueux. A ce moment, il faut faire attention : en incisant la peau, on peut transfixer à fond toute l'épaisseur des tissus jusqu'à l'os sous-jacent ; sur cette berge interne, le squelette n'est pas loin et il n'y a rien entre lui et les téguments. Lorsqu'on incise la muqueuse, il faut avoir la main plus légère et ne pas

enfoncer trop profondément la lame du bistouri, sinon on atteindrait facilement la partie haute du sillon gingivo-labial et l'on entaillerait d'un d'un seul coup trois muqueuses : deux labiales et une gingivale.

Sur la muqueuse, l'extrémité du tracé de l'avivement répond à ce qui sera plus tard la ligne médiane. Si l'incision dépasse ce point, cela n'a pas la moindre importance; si au contraire elle ne l'atteint pas, il suffira de la prolonger au moment où l'on pratiquera les sutures.

Arrivé à ce point, le bistouri change à nouveau de direction ; tournant à angle droit, il s'éloigne désormais de la ligne cutanéomuqueuse pour atteindre le bord libre. On peut alors enlever les aiguilles jumelées, car il faut retourner la lèvre supérieure pour bien exposer sa face profonde et prolonger l'incision sur sa muqueuse postérieure buccale (fig. 47). On



FIG. 47

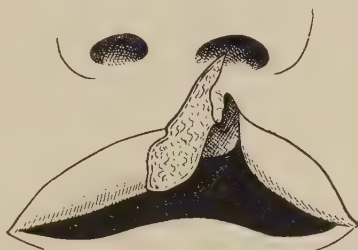


FIG. 48

FIG. 47. — La lèvre a été relevée, le bistouri atteint et dépasse le niveau de la fente.

FIG. 48. — Quand l'incision a été pratiquée, le segment de tégument s'est ratatiné.

sectionnera ainsi la muqueuse en suivant à quelque distance le frein médian, et le tracé aboutira finalement au fond du sillon gingivo-labial.

3° DÉDOUBLEMENT DE LA RÉGION AVIVÉE (fig. 48)

Si on en restait là, on aurait créé sur la berge interne une tranche d'avivement d'une épaisseur de quelques millimètres, notoirement insuffisante pour assurer la suture. De plus, on n'aurait pas atteint les muscles dont nous connaissons l'importance pour la réfection de la lèvre ; nous avons vu que la berge interne du bec-de-lièvre représente la zone stérile et que les fibres musculaires, du côté sain, restent pour la plupart au delà de la ligne médiane ; il faut donc dédoubler les deux lèvres de la tranche d'avivement et pousser largement ce dédoublement pour retrouver les muscles qui devront être suturés.

C'est là un temps un peu délicat et qui doit être exécuté avec soin : l'hémorragie est notable, bien qu'il soit rarement nécessaire de pincer ou de lier une petite artère coronaire; gêné par le sang, l'opérateur peut entailler quelquefois la peau d'un coup de bistouri mené de la profondeur vers la superficie. Cet accident n'a d'ailleurs que peu d'importance, et il suffit d'en être averti pour savoir l'éviter.

Le point capital est de libérer très loin en dedans. Il faut atteindre et même dépasser la ligne médiane ; on sait très bien reconnaître le moment où l'on franchit cette ligne médiane : il y a là une sorte de cloison conjonctive derrière laquelle sont blottis les muscles que l'on recherche. On ne doit jamais craindre d'aller trop loin en pratiquant cette libération de la berge interne, il faut plutôt redouter d'être trop timoré, et bien souvent on s'aperçoit, au moment de la suture musculaire, qu'on aurait pu faire davantage ; il est encore temps d'ailleurs de corriger cette insuffisance, il ne faut pas hésiter à y revenir.

Deuxième temps. — Incision de la berge externe

La berge interne étant incisée, on passe à l'autre côté, et les mêmes manœuvres vont se renouveler sur la berge externe ; mais, ici, on se heurte à une plus grande difficulté : sur la berge interne, en effet, la lèvre, privée embryologiquement d'une partie importante de ses éléments contractiles, est appliquée sur le squelette et il est facile de l'immobiliser en s'appuyant contre le plan osseux sous-jacent. Sur la berge externe, au contraire, la lèvre est bien étoffée ; elle forme un rideau exubérant, mais d'une inconsistance désespérante ; les muscles flasques n'opposent aucune résistance au bistouri qui veut les couper.

La première difficulté opératoire consiste à fixer la lèvre. Si la fente siège du côté gauche, comme cela arrive généralement, l'opérateur pourra saisir la lèvre entre le pouce et l'index de la main gauche et la tendre fortement pour l'immobiliser (fig. 43) ; pendant que l'aide fixe les aiguilles, il trace de la main droite ses incisions au bistouri. Mais si la fente siège à droite, il doit confier à l'aide le soin de tenir les aiguilles et de tendre la lèvre. C'est là un temps un peu délicat, il y a au moins trois mains qui manœuvrent devant un champ opératoire dont la surface n'excède pas un centimètre carré ; l'opérateur doit avoir la sagesse de ne pas s'impatienter contre l'aide auquel il reproche de tenir toujours trop de place.

1° JALONNEMENT SUR LA LIGNE CUTANÉO-MUQUEUSE

Les aiguilles jumelées sont plantées à cheval sur la ligne cutanéomuqueuse, comme nous l'avons vu pour la berge interne; elles doivent marquer le point de passage exact où la ligne d'incision va franchir la ligne cutanéomuqueuse (fig. 49). Ce point (1) doit être déterminé avec soin, après avoir regardé la lèvre attentivement; avec un peu d'habitude, on l'apprécie facilement par comparaison avec la berge interne; mais, au début, il est bon de ne pas le marquer à la légère: si l'on reste hésitant, il est préférable de saisir les deux berges pour les amener au contact l'une de l'autre et de repérer, sur la berge externe, le point qui correspondra exactement au moment de la suture à l'encoche taillée sur la berge interne.

2° INCISION DES TÉGUMENTS

Les aiguilles jumelées étant placées, on commence aussitôt l'incision des téguments. Le bistouri est enfoncé au contact de l'aiguille supérieure dans le territoire cutané; il incise alors la peau vers la narine en suivant très exactement la ligne cutanéomuqueuse, mais en se tenant toujours dans la zone cutanée. Il arrive ainsi jusqu'au seuil narinaire où il rejoint l'extrémité supérieure de l'incision de la berge interne (fig. 49).

Lorsque cette première incision est tracée, on pratique de même l'incision de la muqueuse: le bistouri, enfoncé cette fois au ras de l'aiguille inférieure, suit parallèlement l'incision cutanée, mais en restant rigoureusement dans la zone muqueuse; il arrive ainsi jusqu'au bord libre de la lèvre. De la sorte se trouve circonscrit un petit segment rectiligne du rebord cutanéomuqueux, qui sera réséqué avec les téguments de la partie supérieure de la fente. Il est très important de se débarrasser

(1) Thompson a décrit une méthode « mathématiquement artistique » pour évaluer ce point. Il mesure la hauteur entre le seuil de la narine et l'arc de Cupidon, du côté sain. Il prend la même hauteur du côté fendu, sur l'une et l'autre berge.

C'est un procédé illusoire et dangereux. Il est en effet bien difficile de mesurer, à un demi-millimètre près, des tissus qui n'ont aucune fixité; peut-on également méconnaître le rôle de l'élasticité formidable d'une lèvre dont les tissus présentent embryologiquement des différences fondamentales d'une berge à l'autre.

Si les calculs mathématiques nous donnaient comme repère un point exact que notre sens artistique estimerait mauvais, notre esprit, séduit par une science qui donne logiquement une certitude supérieure, s'inclinerait probablement devant les précisions fournies par cette méthode. Mais six mois ou un an plus tard on serait obligé d'avouer la faillite de cette science rigoureuse: la contingence de l'élasticité en aurait faussé tous les fondements.

de cette surface qui serait cause de toutes sortes d'imperfections secondaires.

Quand les deux lignes ont été soigneusement tracées, on tranche avec la pointe du bistouri la ligne cutané-muqueuse entre les deux aiguilles; celles-ci, désormais inutiles, peuvent être enlevées définitivement (fig. 50).

La lèvre est alors retournée (fig. 51) et, sur sa face profonde, on incise franchement la muqueuse buccale : l'incision de la berge externe vient rejoindre l'incision de la berge interne au fond du sillon gingivo-labial.

3° DÉDOUBLEMENT DE LA RÉGION AVIVÉE

Ce temps opératoire n'a pas la même importance sur cette berge que du côté interne; le muscle se trouve en effet immédiatement sous les



FIG. 49

FIG. 49. — *Incision de la lèvre externe.*



FIG. 50

FIG. 50. — *Dédoublement des tranches de la berge externe.*

téguments, c'est lui qui donne à cette lèvre son exubérance caractéristique. On libérera donc facilement le revêtement cutané superficiel; sur la face postérieure, la libération est aussi facile, mais le bistouri mettra en évidence une épaisse couche de glandes sous la muqueuse.

Pour bien individualiser ces importantes fibres musculaires, il est préférable de ne pas détacher de suite le lambeau cutané-muqueux qui se trouve circonscrit par les incisions précédentes; on peut le saisir avec deux petites pinces de Kocher-Terrier et le tirer légèrement (fig. 52). Cette simple traction amène le muscle et il suffit de quelques coups de bistouri sous la peau, puis sous la muqueuse, pour libérer la berge et bien exposer la couche musculaire.

Quand les téguments seront ainsi suffisamment isolés, on tranchera d'un coup de bistouri les derniers tractus fibreux qui retiennent encore ce

petit lambeau cutanéomuqueux : tout le revêtement tégumentaire de la fente est alors réséqué.

Dans le bec-de-lièvre simple, on peut enlever ainsi une tranche importante de téguments portant à la fois sur la peau et la muqueuse; on ne manque pas d'étoffe, et il en reste toujours assez pour obtenir une bonne suture sans brider la lèvre. Dans le bec-de-lièvre total, au contraire, où la fente a parfois une largeur considérable, il est bon de réduire la résection au strict minimum et de garder la presque totalité des tissus en n'enlevant seulement qu'un segment de la ligne cutanéomuqueuse.

Troisième temps. — Suture musculaire

Nous avons insisté longuement, dans un chapitre précédent, sur l'importance de cette suture qui a l'avantage de rendre à la lèvre une

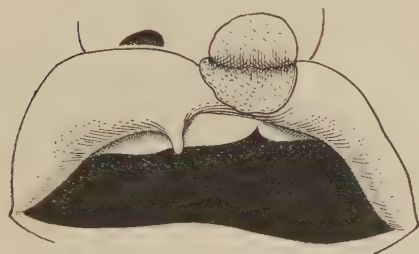


FIG. 51.

FIG. 51. — Libération de la face profonde du segment tégumentaire qui doit être réséqué.



FIG. 52.

FIG. 52. — La traction de ce segment facilite la recherche des muscles de la berge externe.

couche musculaire presque normale. Autrefois, on se contentait de passer un ou deux points sur la peau; nous avons dit les inconvénients de cette méthode qui est encore représentée dans le procédé de Jala-guier (fig. 19).

Nous avons pris maintenant l'habitude de placer les points sur la face postérieure de la lèvre, là où il n'existe pas de cicatrice, puisque nous savons que la muqueuse se réunit sans trace de suture.

La libération soigneuse des muscles, qui a été faite dans les manœuvres opératoires précédentes, permet de réaliser une véritable suture anatomique du muscle orbiculaire. Mais comme il n'existe pas de fibres musculaires sur la berge interne, il faut avoir soin d'aller rechercher les éléments rétractés, au delà de la ligne médiane.

Nous passons habituellement deux anses métalliques, en nous servant d'une forte aiguille courbe de Reverdin : la première anse avoisine le seuil de la narine (fig. 53), elle a pour but d'en corriger l'étalement; la deuxième est passée plus bas, près du bord libre (fig. 54). Chaque point pénètre dans la lèvre en perforant la muqueuse buccale un peu en dehors de la zone d'avivement; il saisit dans la berge externe une bonne épaisseur de muscles, ce qui est facile puisque, de ce côté, l'orbiculaire est volumineux; en dedans, il doit charger une masse presque équivalente, ce qui est plus difficile, puisqu'il faut aller le chercher beaucoup plus loin.

Les extrémités des fils métalliques sont alors repérées par des pinces,



FIG. 53.

FIG. 53. — *Suture musculaire. Passage du premier point à la partie supérieure de la lèvre.*



FIG. 54.

Remarquer que ce fil s'étend plus loin sur la berge interne, car les muscles sont au delà de la ligne médiane.

FIG. 54. — *Suture musculaire. Deuxième fil musculaire près du bord libre.*

car ces points musculaires ne seront noués qu'à la fin de l'intervention, lorsque la suture des téguments sera achevée.

Quatrième temps. — Suture des téguments

Lorsque les téguments ont été soigneusement dédoublés, comme nous l'avons décrit, il est très curieux de constater que le tracé des incisions s'est notablement modifié : les encoches ou les saillies ont presque complètement disparu. L'élasticité des tissus suffit à atténuer les courbures et les angles; aussi bien sur la peau que sur la muqueuse, le sommet des incisions est à peine perceptible et il faut beaucoup d'attention pour retrouver le tracé primitif.

La muqueuse surtout présente une adaptation remarquable; sa minceur

lui donne une très grande souplesse, elle se laisse tirer dans tous les sens, on peut en faire ce que l'on veut. Il est donc inutile de se préoccuper outre mesure de tailler des lambeaux d'une longueur rigoureusement identique ; là encore les données mathématiques seraient bien illusoires, puisqu'elles négligeraient un coefficient formidable qui est l'élasticité des tissus.

Dans cette suture des téguments, il n'y a qu'un point capital : c'est la ligne cutanéomuqueuse. La suture de la peau mérite également d'être faite avec beaucoup de soin, d'après les principes que nous avons indiqués précédemment : il faut obtenir à ce niveau un affrontement parfait. Mais, pour la suture de la muqueuse, on peut se permettre d'être moins

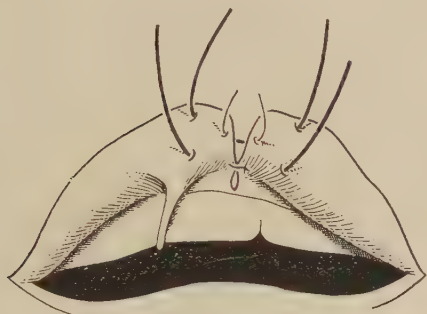


FIG. 55.

FIG. 55. — Suture de la muqueuse de la face postérieure de la lèvre.



FIG. 56.

FIG. 56. — Premier point de suture muqueuse qui permettra un meilleur affrontement de la ligne cutanéomuqueuse.

méticuleux : la congruence sera toujours obtenue et la cicatrisation ne laissera à ce niveau aucune trace objective.

Nous commençons volontiers la suture des téguments par la région profonde et postérieure (fig. 55) ; mais il n'y aurait aucun inconvénient à procéder autrement. Après avoir éversé les deux berges de la lèvre, on passe, avec une fine aiguille de Reverdin, quelques crins au niveau du sillon gingivo-labial et sur la face postérieure de la muqueuse ; l'affrontement n'a pas besoin d'être très soigné, puisque c'est l'envers du décor et que la cicatrice disparaît rapidement ; il doit néanmoins être assez exact pour éviter l'infection.

Dans cette suture, on n'est pas gêné par les fils métalliques dont les chefs, repérés par les pinces, restent toujours en dehors de la tranche de section. Après avoir noué et coupé les crins qui viennent d'être passés,

on revient sur la face antérieure de la lèvre dont on commence la suture par la ligne cutané-muqueuse.

Cette réunion de la ligne cutané-muqueuse doit être faite avec un soin extrême : dans toute la chirurgie, il n'y a peut-être pas de suture plus importante ; si la coaptation des deux lambeaux est faite incorrec-



FIG. 57.

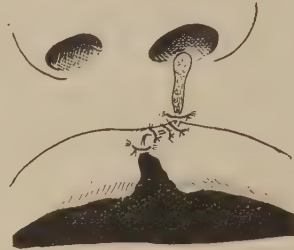


FIG. 58.

FIG. 57. — Suture de la ligne cutané-muqueuse.

FIG. 58. — Suture intermédiaire.



FIG. 59.



FIG. 60.

FIG. 59. — La suture muqueuse est achevée.

FIG. 60. — La suture cutanée est terminée.
Les fils de suture musculaire ont été serrés.

tement, il se produira sur la ligne cutané-muqueuse une dentelure en éperon ou en marche d'escalier dont le patient souffrira toute sa vie ; ce que fait le chirurgien à ce moment est définitif, et il est préférable que ce ne soit pas pour lui un motif de honte ou de regret.

Après bien des tâtonnements, nous nous sommes déterminés à placer le premier point, comme il est représenté figure 56, au sommet de l'angle

du lambeau de muqueuse de la berge externe ; sur la berge interne, le fil passera à l'extrémité interne du tracé de l'avivement de la muqueuse. On utilisera à ce moment les aiguilles et la soie à suture vasculaire ; la loupe binoculaire est très utile pour placer ces points avec précision. Lorsque ce premier fil sera noué, le lambeau externe se trouvera encastré sous l'avivement interne ; son extrémité répondra sensiblement à la ligne médiane et son bord supérieur forme une ligne rectiligne assez tendue.

Les deuxième et troisième points (fig. 57) vont encadrer la ligne cutanéomuqueuse. Il faut alors redoubler d'attention et de précision : la ligne doit être exactement encadrée entre les deux points et la jonction du liséré labial doit se faire, d'une berge à l'autre, sans le moindre ressaut dans son tracé. C'est à cet instant que la loupe est le plus utile. Lorsque ces deux points ont été correctement placés, la partie la plus importante de la suture est achevée.

Sur la portion horizontale des incisions, nous mettons deux ou trois points suivant le besoin (fig. 58) ; cette manœuvre est toujours facile : il suffit d'éviter que la muqueuse d'une des berges ne se trouve inversée, ce qui n'est pas difficile avec un peu d'attention.

La suture de la muqueuse est alors poursuivie, dans sa partie inférieure (fig. 59), jusqu'à la rencontre des points placés au début sur sa face profonde ; on peut à la rigueur utiliser à ce niveau l'aiguille de Reverdin et des crins assez fins, qui ne laisseront pas de cicatrice sur la muqueuse.

La suture de la peau est effectuée ensuite en remontant de bas en haut (fig. 60), il faut avoir le souci d'un affrontement parfait ; on cherche à prévoir où sera reporté le sommet de la ligne d'incision. Le sommet est, en effet, marqué spontanément par l'ascension progressive des sutures et, lorsqu'on place les derniers points, on est toujours surpris de se trouver au niveau du seuil narinaire. Si, par hasard, le sommet formait une petite oreille (ce qui ne se voit jamais), cela n'aurait aucune importance : elle serait reportée dans la narine.

Il ne reste plus qu'à nouer les fils métalliques ; nous avons pris l'habitude de faire d'abord un nœud ordinaire, puis les chefs sont tournés plusieurs fois pour empêcher le nœud de se détendre. Après avoir coupé les deux torsades, il est indispensable d'en relever les extrémités, pour éviter que ces fils pointus ne viennent blesser la langue ou la lèvre inférieure.

DEUXIÈME PARTIE

LA NARINE

La réfection de la narine a moins préoccupé les chirurgiens que la réfection de la lèvre ; beaucoup de nos traités classiques n'en font même pas mention.

Les imperfections dues à la déformation narinaire sont moins objectives que celles dues à une mauvaise opération de la fente labiale.

L'opération de la narine est plus laborieuse que celle de la lèvre, car elle s'adresse à une région compliquée où il est difficile de se reconnaître.

Mais quand on sait ce qu'on veut faire, l'intervention est plus facilement exécutée. Dans la lèvre, ce qui fait la difficulté, c'est l'inconsistance inouïe des tissus à inciser et à suturer. La moindre erreur de technique sera un désastre. L'opération est facile à comprendre, mais très difficile à exécuter dans la perfection. Pour la réfection de la narine, le squelette est tout près de la région à inciser et à suturer ; il est facile de construire sur ce sol résistant avec des matériaux de première qualité. De plus, les erreurs de technique n'ont pas la même gravité. La seule difficulté est d'avoir un plan rationnel.

En résumé, pour la lèvre : opération facile à comprendre, mais difficile à exécuter, et l'exécution doit être impeccable. Pour la narine : opération difficile à comprendre, mais facile à exécuter, et le chirurgien peut se permettre des écarts de technique dans l'exécution du plan qu'il a adopté.

Mais, pour la lèvre, nous avons une méthode qui doit satisfaire les plus exigeants, tandis que pour la narine nous n'avons peut-être pas encore la technique idéale qui corrigera toujours et à coup sûr les déformations les plus accentuées.

Les chirurgiens qui ont cherché à reconstituer une meilleure narine ne se sont préoccupés que de l'orifice. C'est là une erreur fondamentale ; l'orifice narinaire n'est que l'ouverture d'une région profonde, mal différenciée anatomiquement, et comprise entre cette ouverture et la tête du cornet inférieur. La narine est fonction de cette région profonde : tant qu'on n'aura pas reconstitué dans son intégrité cette région, on n'aura pas une narine normale. C'est un peu comme dans une maison : si la fenêtre est asymétrique, on peut modifier autant qu'on veut la forme et

les dimensions de cette fenêtre, cela ne changera pas l'architecture générale de cette maison.

Nous suivrons ici le même plan que dans l'étude de la correction de la fente labiale.

Après avoir représenté quelle est la *forme idéale* qui doit être le but de nos efforts, nous dirons quelques mots des *méthodes* utilisées pour reconstituer la narine, nous montrerons les *résultats obtenus* généralement avec une technique notoirement insuffisante.

Nous nous étendrons longuement sur les *bases théoriques* tirées de l'anatomie et de l'embryologie.

Enfin, nous décrirons la *technique* à laquelle nous sommes arrivés pour le moment. Mais nous répétons déjà que cette technique n'est qu'un acheminement vers une méthode idéale que nous ne connaissons pas encore.

CHAPITRE PREMIER

LA FORME IDÉALE

Vouloir décrire la forme idéale de la narine semble une tâche plus difficile encore que la recherche du type idéal de la lèvre supérieure. Parmi les détails qui donnent au visage un caractère particulier, il n'en est pas de plus complexes et de plus variés que ceux des narines, et il peut paraître bien téméraire de poser quelques jalons dans un domaine si dédaigné des anatomistes les plus compétents.

Et pourtant il ne nous paraît pas superflu d'essayer de distinguer, au milieu des modalités infinies des narines, quelques caractères essentiels qui nous permettront de fixer un type habituel que nous appellerons le type idéal.

Cette forme idéale, nous l'avons déjà dit, n'est pas une entité immuable; pour chaque individu, elle subit avec les années des transformations progressives. Aussi pourrions-nous dire que la meilleure méthode serait celle qui pourrait s'adapter à l'âge du malade et qui saurait reconstituer, au gré de l'opérateur, la narine d'un tendre nourrisson, celle d'un imberbe adolescent ou d'un élégant jeune homme.

Malheureusement, nous n'en sommes pas encore là, et, dans notre ignorance, nous devons nous contenter de connaître grossièrement les caractères essentiels d'une forme que nous appellerons la forme idéale et que nous nous efforcerons de réaliser sans y parvenir le plus souvent.

Tel sera le but de ce premier chapitre, nous réservant de rappeler, dans un chapitre ultérieur, les directives embryologiques et les données anatomiques qui devront servir de base à une méthode rationnelle.



Les anatomistes décrivent sous le terme de *narines* deux petites cavités ampullaires, situées en dessous de la partie la plus antérieure des fosses nasales; elles se distinguent parfaitement de celles-ci : au lieu d'être tapissées entièrement par une muqueuse, la pituitaire, elles sont en partie revêtues par un repli cutané. La narine n'est donc pas seulement un orifice, elle est un vestibule (fig. 65). Ce détail anatomique, dont nous avons déjà signalé l'importance, a un intérêt chirurgical primordial; ce serait

une erreur anatomique de restreindre l'étude des narines à la simple description des deux orifices narinaux, ce serait également une faute chirurgicale de limiter la reconstitution de la narine à la simple réfection de son orifice.



FIG. 61 et 62. — Narine (face et profil) d'un jeune enfant.



FIG. 63 et 64. — Narine (face et profil) d'un adulte.

Nous sommes donc obligés de décrire :

- les limites et la forme habituelle de la *cavité nasale* et de son *orifice*;
- la disposition et les caractères morphologiques des plans cutanés qui l'entourent : la *sous-cloison*, le *lobule du nez*, l'*aile de la narine* et le *seuil nasale*.

I. — LA CAVITÉ NARINAIRE ET SON ORIFICE

La cavité narinaire, ou vestibule des fosses nasales, présente une forme ovulaire, aplatie dans le sens transversal et plus large à son centre qu'à ses extrémités. Tous les enfants, et bien des grandes personnes, en ont étudié bien souvent sans le savoir les principaux caractères anatomiques, car lorsqu'ils se mettent les doigts dans le nez, c'est toute la cavité narinaire qu'ils explorent méthodiquement.

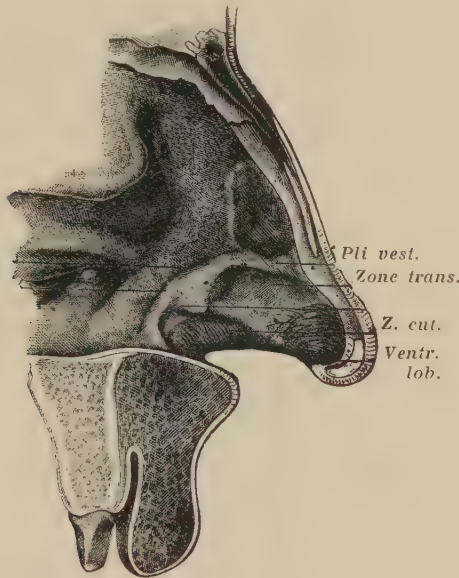


FIG. 65. — Vestibule de la narine (Sappey).

Au point de vue descriptif, elle comprend deux parois : l'une externe, l'autre interne, et deux orifices : l'un supérieur ou profond en rapport avec les fosses nasales, l'autre inférieur ou superficiel décrit sous le nom d'orifice narinaire.

La *paroi externe* ou *alaire* répond à la face profonde de l'aile du nez. Elle est en partie étayée par la branche externe du cartilage de l'aile du nez sur lequel elle se moule. Un relief longitudinal, prolongeant la direction du cornet inférieur, sépare en deux cette région. Il est souvent très marqué chez le jeune enfant : c'est le pli du vestibule qui répond à l'interstice des cartilages alaire et triangulaire. La peau acquiert à ce niveau une texture particulièrement dense, au point qu'il est impossible de

sentir, au travers d'elle, en introduisant un doigt dans la narine, la délimitation exacte du bord inférieur du cartilage de l'aile.

La *paroi interne* ou *septale* répond, dans son tiers supérieur, au cartilage de la cloison et, dans ses deux tiers inférieurs, à la branche interne du cartilage de l'aile du nez.

Les deux parois externe et interne circonscrivent, en s'unissant en avant, un recessus assez profond qui creuse dans le lobule du nez une cavité en cul-de-sac; cette excavation, connue sous le nom de *ventricule du nez*, est limitée inférieurement par un repli chondro-cutané répondant à la partie moyenne du cartilage de l'aile. Cette région, entièrement masquée de l'extérieur, reste cependant assez accessible; elle est le lieu de choix des incisions dans les interventions modelantes ou plastiques du lobule du nez et de la narine.

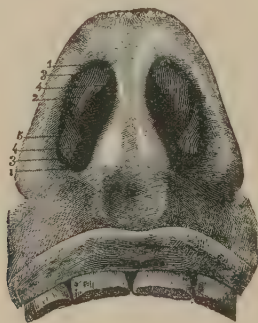


FIG. 66. — Orifices narinaires (Sappey).

L'*orifice supérieur* du vestibule fait communiquer la cavité nasale avec la fosse nasale; nous n'insisterons pas sur sa description qui n'offre pour cette étude aucun intérêt particulier.

Par contre, l'*orifice inférieur*, plus connu sous le nom d'*orifice narinare*, mérite une description plus détaillée; il a toujours hypnotisé les chirurgiens qui se sont occupés de la narine du bec-de-lièvre unilatéral total. Cet orifice n'est d'ailleurs bien visible qu'en regardant un sujet dont la tête se trouve renversée en arrière. C'est dans cette attitude qu'il est indispensable de photographier nos opérés de bec-de-lièvre, si l'on veut garder un document assez net pour se rendre compte exactement des détails. Les photographies de face, publiées par certains auteurs, sont absolument insuffisantes pour se rendre compte des résultats opératoires au niveau de la narine.

L'orifice narinare (fig. 66) est entièrement circonscrit par une bordure purement cutanée, dont la portion externe très marquée répond au bord

inférieur de l'aile du nez, la portion interne à la sous-cloison et la postérieure au seuil de la narine. Il est en règle générale, chez l'adulte, oblique en avant et en dedans, et de forme ovale à grosse extrémité postérieure; son grand axe prolongé passe sensiblement au centre du lobule du nez, et se trouve exactement symétrique de celui du côté opposé. Sur un nez bien conformé, l'orifice narinaire doit regarder directement en bas.

Chez le petit enfant ou le nourrisson, le nez est court, large et concave; aussi l'orifice narinaire est-il arrondi, presque circulaire, il est fortement dilaté et regarde légèrement en bas en avant. Le vestibule narinaire paraît donc largement ouvert; on voit facilement, dans la profondeur, le pli vestibulaire qui correspond à l'interstice des cartilages et participe aux battements incessants de la narine, si marqués chez le nourrisson pendant les mouvements respiratoires.

II. — LA SOUS-CLOISON

La sous-cloison est une cloison antéro-postérieure de forme triangulaire qui sépare les deux orifices narinaires. De longueur très variable suivant la dimension du nez, elle répond en avant à la partie inférieure de la pointe du nez, avec laquelle elle se continue directement; en arrière, elle s'appuie au milieu de la limite supérieure de la région labiale, surplombant par sa base d'implantation la gouttière philtrale.

Il est fréquent de noter en ce point une très légère surélévation des téguments décrite sous le nom d'*éminence de la sous-cloison*, qui serait due soit au refoulement de la peau par l'extrémité inférieure du cartilage de la cloison, soit à un plus grand développement du petit cartilage de Huschke.

Sur ses faces latérales, la sous-cloison présente de chaque côté un petit tubercule, appelé *tubercule latéral de la sous-cloison*, qui est toujours nettement visible et semble élargir sa base d'implantation en débordant légèrement sur l'orifice narinaire; ce tubercule latéral répond à la saillie de la branche interne du cartilage de l'aile du nez; il forme une légère élevation contre laquelle vient prendre appui en dedans le seuil de la narine.

L'axe de la sous-cloison est d'ordinaire *parfaitement sagittal*; ce léger détail anatomique joue un rôle esthétique de première importance. Les déviations de la sous-cloison s'accompagnent forcément d'une déviation de la pointe du nez, et cette imperfection rompt fâcheusement l'harmonie du visage.

La hauteur de la sous-cloison est excessivement variable. Chez le nourrisson, où les orifices narinaires se trouvent relevés fortement en

avant, la sous-cloison débordé à peine le bord inférieur des deux ailes narinaires : sa hauteur paraît donc très réduite. Chez l'adulte, au contraire, le nez s'est développé considérablement et sa pointe forme, en règle générale, une saillie très accusée en avant de la lèvre supérieure ; la sous-cloison s'oriente dans un plan horizontal et débordé largement l'orifice narinaire.

III. — LE LOBULE DU NEZ

Le bout du nez ou lobule est une petite région assez bien limitée où viennent confluer le dos du nez, les faces latérales et la base, c'est-à-dire toute son importance esthétique ; il constitue en quelque sorte le régulateur des traits du visage dont il représente le centre attractif. C'est vers lui, en effet, que converge instinctivement le regard lorsque nous examinons un visage ; la moindre déformation, la plus légère irrégularité de ses lignes rend la figure déplaisante ou insupportable, si ce n'est aux yeux d'un amant, car nous savons, d'après Lucrèce et Molière « ... qu'un amant dont l'ardeur est extrême aime jusqu'aux défauts des personnes qu'il aime » (1).

Le lobule du nez est normalement limité à sa partie supérieure et à sa partie inférieure par de très légères inflexions des téguments, peu visibles chez le jeune enfant, qui le séparent du dos et de la sous-cloison ; sur ses parties latérales, un sillon, plus net habituellement, le distingue des ailes du nez qui prennent naissance de chaque côté.

Nous n'insisterons pas sur les multiples aspects qu'il présente suivant les individus. Ses dimensions sont également très variables et il serait amusant de dresser un véritable catalogue de ses aspects si polymorphes, depuis les nez menus des jeunes enfants jusqu'aux monstrueux rhinophymas des vieillards dont le contraste saisissant est représenté, avec une souriante ironie et une scrupuleuse exactitude, par le maître italien Ghirlandajo (2), dans sa toile bien connue du musée du Louvre. Mais un tel travail intéresserait davantage les artistes que les chirurgiens, et de tous ces détails nous n'en retiendrons qu'un, le seul important : il existe parfois sur le lobule du nez, au niveau de sa pointe, un sillon vertical qui se prolonge légèrement sur le bord inférieure de la sous-cloison. cette rainure cutanée correspond à l'interstice séparant les cartilages des ailes ; on l'observe assez souvent, et même si elle n'est pas très visible, elle est toujours perceptible à la palpation.

(1) MOLIERE : *Le Misanthrope*, vers 1729-1730.

(2) *Musée du Louvre*, salle des sept mètres (école italienne). — Dom. GHIRLANDAJO : « Un vieillard et son petit-fils. »

IV. — L'AILE DU NEZ ET LE SEUIL NARINAIRE

L'aile du nez forme la portion mobile de l'auvent nasal ; elle constitue une petite valve bien limitée par un sillon très accusé : le sillon naso-labial.

Ce sillon joue un rôle très important dans l'esthétique du visage. Il commence par un méplat ou un petit vallonement qui sépare le lobule nasal de l'aile proprement dite. A partir de l'angle naso-génien, le sillon naso-labial s'individualise très nettement ; sa courbe s'accroît, en décrivant un arc à concavité antérieure qui contourne l'extrémité postérieure de l'aile du nez, puis vient doucement mourir sous le seuil narinaire sans atteindre l'extrémité supérieure de la crête philtrale. Ce sillon est habituellement très marqué, sa profondeur s'exprime par une forte ombre linéaire qui vient souligner le relief narinaire et contraste fortement avec la vive lumière de cette saillie.

Ainsi délimitée, la saillie de l'aile du nez prend la forme d'un renflement semi-lunaire. Sa surface forme une courbe parfaitement régulière et son bord inférieur vient limiter en dehors l'orifice narinaire.

A la description de l'aile du nez, on rattache étroitement celle du *seuil narinaire*. Le seuil narinaire est une légère élevation transversale qui prolonge en dedans l'implantation de l'aile et aboutit au petit tubercule latéral de la sous-cloison. Elle surélève en quelque sorte l'entrée du vestibule de la narine ; on ne peut passer de plein pied de la région labiale dans la cavité narinaire, il faut franchir un palier, enjamber une marche dont la hauteur, qui atteint souvent trois ou quatre millimètres, paraît encore exagérée par l'existence d'une petite dépression sur la lèvre sous-jacente.

Le seuil narinaire manque rarement chez un sujet normal ; sans doute, ses variations sont extrêmes et dépendent étroitement du point d'implantation des ailes. Il reste cependant toujours visible, même dans les nez camus ou élargis, et son absence constitue une disgrâce.



Après avoir esquissé très imparfaitement les caractères morphologiques de la narine normale, il nous reste à en tirer les conclusions pratiques qui peuvent intéresser un chirurgien, soucieux d'y découvrir des directives opératoires. Nous en retiendrons trois qui nous paraissent essentielles :

1° La *symétrie des narines*. C'est là, nous semble-t-il, l'élément pri-

mordial de l'esthétique des narines; il a d'ailleurs, pour corollaire, la *rectitude axiale de la sous-cloison* qui en est un des facteurs principaux. Sans doute la symétrie absolue n'est jamais atteinte, et certains esprits trop mathématiques ne manquent pas de faire remarquer qu'on observe souvent, dans les visages les plus réguliers, des asymétries manifestes soit que les tubercules latéraux de la sous-cloison ne forment pas une saillie identique, soit que la pointe du nez présente une très légère déviation latérale ou que la sous-cloison accuse une légère courbure de sa ligne; mais ces imperfections sont tellement légères qu'elles passent inaperçues et il faut un œil bien malveillant pour en déceler l'existence. En règle, l'harmonie semble parfaite et le premier objectif du chirurgien, qui corrige une malformation narinaire, doit être le rétablissement ou la reconstitution d'une exacte symétrie des narines. Malheureusement, cette perfection est bien difficile à réaliser.

2° La *régularité de l'orifice narinaire* est le deuxième élément qui mérite d'être souligné. Qu'il soit arrondi comme chez le jeune enfant (fig. 61 et 62), qu'il soit ovalaire, oblong ou elliptique comme on l'observe chez l'adulte (fig. 63 et 64), l'orifice narinaire présente un contour harmonieux et parfaitement régulier; on ne doit pas observer d'encoche ou de saillies anormales; ses lignes ne sont jamais brisées ou anguleuses; au cours du développement, elles conservent toujours une courbure régulière. C'est dire que l'aile du nez n'est jamais affaissée et qu'elle forme une voûte en ogive ou en berceau au-dessus du vestibule narinaire.

3° La *saillie de la sous-cloison* sera le dernier détail dont nous retiendrons l'importance. Nous avons dit l'imperfection créée par son absence, nous y ajouterons le défaut engendré par son étalement; il est à l'origine d'un élargissement des orifices narinaires, avec allongement des ailes du nez, qui constitue la déformation du nez épaté. Si l'étalement de la narine est bilatéral, il ne constitue qu'un défaut; mais s'il est unilatéral et asymétrique, il constitue une choquante difformité.

*
**

Tels sont les caractères morphologiques essentiels que doit connaître le chirurgien qui entreprend la correction d'un bec-de-lièvre unilatéral total; ils lui serviront à chercher les directives pour une méthode chirurgicale mieux adaptée à la lésion.

Il nous reste maintenant à étudier quelles sont les méthodes qui se proposent de corriger cette malformation narinaire; les multiples imperfections de leurs résultats nous prouveront l'insuffisance actuelle de nos procédés opératoires.

CHAPITRE II

LES MÉTHODES

Quand on feuillette nos traités classiques de chirurgie (aussi bien les français que les étrangers), on voit que leurs auteurs décrivent deux opérations pour le bec-de-lièvre :

a) *L'opération de la lèvre*, celle que nous avons étudiée dans le chapitre précédent.

b) *L'opération pour bec-de-lièvre bilatéral total*, dont la saillie du tubercule médian a toujours fasciné les opérateurs. Le traitement de cette forme rare (12 % de la totalité des becs-de-lièvre) tient à lui tout seul beaucoup plus de place que la thérapeutique de toutes les autres formes.

Par contre, le traitement de la narine du bec-de-lièvre unilatéral total (qui forme les 48 % de la totalité des becs-de-lièvre) est complètement passé sous silence, ou est à peine mentionné comme une variation du traitement de la lèvre. C'est une grosse erreur.

Pour le traitement d'un bec-de-lièvre unilatéral, il faut réaliser deux opérations distinctes: la fermeture de la fente labiale et la correction de la malformation narinaire, aussi différentes que peuvent l'être, dans une division palatine, la staphylorrhaphie qui s'adresse au voile de l'urano-plastie qui s'adresse à la voûte. A la lèvre comme au palais, les opérations sont conjuguées, mais elles sont fondamentalement différentes.

Pour les nécessités de la description, nous avons divisé cette étude en deux parties. Ceci nous permettra de négliger complètement la réfection de la lèvre (première partie) pour ne nous occuper que de la narine; mais il est bien entendu que, dans la même opération, on fermera la fente labiale et on cherchera à donner à la narine une forme normale.

D'une façon un peu schématique, nous grouperons sous trois titres les opérations qui s'adressent à la narine :

- dans un premier groupe, nous placerons les procédés qui cherchent à reconstituer la narine en ne fermant que l'*orifice*;
- dans un deuxième groupe, nous rangerons les procédés qui s'adressent au *squelette* ;
- dans un troisième groupe, enfin, nous indiquerons les procédés qui ont cherché à corriger l'étalement narinaire par un large *décollement* et une *réfection partielle du vestibule*.

Premier groupe. — Opérations portant sur l'orifice narinaire.

Giraldès, en 1864, a indiqué (fig. 67) comment on pouvait adapter le procédé de Mirault au bec-de-lièvre unilatéral total.

Il est bien évident que, par une semblable pratique, on ne cherche pas à corriger l'étalement de la narine,

A côté de cette méthode simpliste, nous devons indiquer l'artifice inverse qui consiste à réduire au maximum l'orifice narinaire avec la pensée que le nez se trouvera modifié par une déformation opposée à l'étalement. Il n'y a pas de plus mauvaise pratique :

- d'une part, on a créé une malformation grave sur laquelle nous insisterons dans le chapitre suivant ;
- d'autre part, on n'a pas modifié la déformation du nez ; les

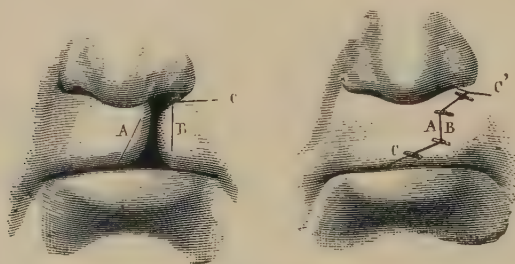


FIG. 67. — Méthode de Giraldès.

figures de la planche VII sont la preuve de ce que nous avançons.

Il importe, en effet, de bien se représenter que l'étalement de l'orifice narinaire n'est qu'un des faits — et non le plus important — de la malformation de la région nasale. Nous espérons pouvoir revenir un jour sur l'anatomie de cette malformation; nous montrerons que la cloison vomérienne est déviée depuis sa partie supérieure, nous insisterons sur le paradoxe de cette déviation. Nous ne sommes pas prêts aujourd'hui pour entrer dans les détails de cette anatomie. Qu'on nous accorde, ce que des faits très nombreux prouvent surabondamment, que le rétrécissement de la narine ne change en rien la déviation du nez.

Deuxième groupe. — Opérations portant sur le squelette.

Duplay, le premier, en 1873, a proposé de sectionner le maxillaire dans le traitement du bec-de-lièvre unilatéral total (fig. 68). Il n'avait pas pour but de corriger la déviation du nez et de reconstituer une meilleure narine;

il se proposait simplement d'empêcher la désunion de la partie supérieure de la lèvre. En effet, c'est un fait certain que l'étalement de la narine rend très précaire les sutures de ce segment labial : la figure 1 de la planche IV montre cette désunion; c'est au pôle supérieur de la région labiale que la suture lâche le plus souvent.

Les premiers auteurs qui ont fait l'ostéotomie du maxillaire avaient pour but d'empêcher cet accident.

Le Professeur Ombrédanne a apporté une grande précision à cette technique. Ses figures sont dans tous nos classiques; elles sont trop connues pour que nous les reproduisons ici.

Dans ce groupe des opérations qui s'attaquent au squelette, à côté des procédés qui font une section brutale du squelette de la région, nous devons parler de la méthode de Brophy.

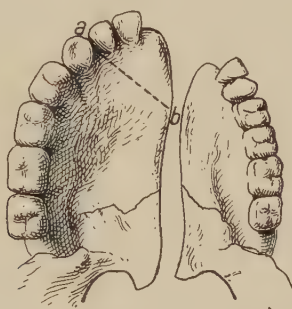


FIG. 68. — Ostéotomie (Duplay).

L'auteur a décrit son procédé, en 1900, comme méthode générale pour le traitement des divisions palatines; mais il s'est aperçu qu'il n'obtenait pas une fermeture de toute la fente palatine. Il a transformé sa méthode; il ne l'applique pas aux divisions du voile qu'il traite par la méthode bien classique de Langenbeck; il ne l'applique même plus aux divisions de la voûte.

Il la réserve uniquement aux divisions du bec-de-lièvre unilatéral : dans ces cas (39 %), il ne ferme que la partie antérieure de la voûte et, dans une seconde opération, il ferme le voile suivant les principes de Langenbeck.

Ainsi la méthode de Brophy ne s'adresse qu'à la partie antérieure de la fente du bec-de-lièvre unilatéral total. C'est tellement vrai que cet auteur l'a décrite dans son livre comme traitement du bec-de-lièvre unilatéral total sans division palatine.

On peut donc conclure que la méthode de Brophy s'adresse à la déformation nasale du bec-de-lièvre unilatéral total.

Cette méthode est trop connue pour que nous la décrivions ici.

Comme critique de tous les procédés opératoires qui s'attaquent au squelette, nous reproduirons ces lignes écrites par Blair et Brown en 1930 :

« 1° A moins qu'elle ne soit faite avec beaucoup d'attention et de jugement, la fermeture de la fente alvéolaire peut ajouter des difficultés plutôt que des facilités à la fermeture muco-périostée pratiquée secondairement ;

« 2° Quoique les résultats immédiats de la technique décrite par Brophy soient parfois bons, de grandes difformités de la mâchoire supérieure peuvent se développer secondairement. Dans certains cas, de telles difformités seront corrigées par un traitement orthodontique. Mais, le plus souvent, elles ne pourront être compensées que par une intervention strictement chirurgicale et esthétique ;

« 3° La perte prématurée des premières dents, les déviations et la perte possible des dents définitives, provoquées par la transfixion du maxillaire, peuvent être la source de débilité (disability) et même d'une mort prématurée ;

« 4° La transfixion du maxillaire avec les fils est un temps inutile et n'accomplit pas le but qu'il poursuit : une meilleure ligne de la lèvre et du nez. »

Troisième groupe. — Opérations portant sur toute la cavité narinaire.

Blair et Brown ont bien compris toutes les difficultés que l'on éprouve à corriger cette malformation si importante de la narine. Dans le travail dont il a déjà été question, ils proposent deux moyens et même trois pour lutter contre l'étalement narinaire :

1° *Le décollement* (fig. 69). Ils ne se contentent pas de décoller la berge externe dans toute l'étendue de la fosse canine : tout le monde l'avait fait, c'est une condition indispensable pour pouvoir amener en dedans la pointe de l'aile du nez. Ils décollent encore le cartilage de l'aile ; ils ne décollent pas les téguments de la face profonde de ce cartilage, mais la peau qui tapisse sa face superficielle. Ce faisant, ils individualisent complètement l'aile de la lèvre.

Ils décollent encore la berge du côté opposé. Enfin, ils ne se contentent pas de pratiquer cette libération par l'incision d'avivement des téguments de la berge interne (ce qui est facile à cause de l'élasticité invraisemblable des tissus) ; ils font, dans le sillon labio-génien, une incision symétrique à celle du côté fendu.

2° *Résection du cartilage.* Ils résèquent un coin de cartilage comme il est représenté dans leur figure (fig. 70).

En France, le Professeur Ombrédanne a déjà utilisé cette méthode depuis plusieurs années. En 1921, il l'a proposée comme un moyen complémentaire de la réfection de la narine du bec-de-lièvre simple; dans son *Précis de Pathologie chirurgicale infantile*, il préconise également cette pratique pour la correction secondaire des narines déformées.

3° *Essai de réfection du plancher vestibulaire.* Enfin, Blair et Brown



FIG. 69.



FIG. 70.

FIG. 69. — Blair et Brown : incision et décollement pour permettre la suture des berges narinaires. Mobilisation des tissus.

« La ligne au trait indique les incisions muqueuses par lesquelles le décollement est fait, qui libère les tissus de la joue et de la lèvre de l'os dans un plan superficiel au périoste. La ligne pointillée gros à travers le nez indique une incision dans la doublure du vestibule et à travers ou au-dessus du cartilage latéral abaissé, duquel une surface décollée s'étend entre la peau extérieure et le cartilage latéral inférieur aussi loin en bas que la réflexion au bord libre de l'aile. La surface pointillée grossièrement indique l'étendue du décollement entre les tissus mous et l'os. La surface pointillée finement indique l'étendue du décollement entre la surface extérieure du cartilage latéral inférieur et la peau du nez. La queue des incisions du vestibule de la lèvre donne un plus grand relâchement de la lèvre et est faite juste en face du canal de la parotide. Cette incision vestibulaire, est faite assez loin de l'os pour laisser un segment de muqueuse suffisant pour la suture si on le désire. »

FIG. 70. — Résection d'un coin cartilagineux (Blair et Brown).

basculent en dedans de la narine un petit segment de tégument de la berge externe (fig. 27 et 28).

Ils semblent avoir compris l'utilité de reconstituer un plancher au vestibule narinaire, mais ils ne trouvent sur cette berge externe qu'un lambeau bien insuffisant.

Nous avons nous aussi cherché dans cette voie, mais nous trouvons sur la berge interne un lambeau vomérien dont l'ampleur est telle qu'on peut en faire tout ce qu'on veut.

CHAPITRE III

LES RÉSULTATS

LES DÉFORMATIONS DE LA NARINE APRÈS L'OPÉRATION

Si nous avons eu le souci de conserver une parfaite harmonie typographique entre les deux parties de cette étude, nous aurions intitulé ce chapitre, comme nous l'avions fait à propos de la lèvre, « les mauvais résultats » ; mais en agissant ainsi, nous aurions fait involontairement une légère entorse à la vérité : nous aurions, en effet, laissé croire qu'en dehors des résultats défectueux que nous mettions au pilori, il existait des résultats excellents que nous passions sous silence en raison de leur fréquence et de leur extrême banalité.

Or, nous savons bien, par une expérience journalière, que les narines ne sont jamais absolument normales après une opération pour un bec-de-lièvre total. Lorsque l'opération semble avoir parfaitement réussi, la déformation est assez minime pour qu'elle paraisse pratiquement négligeable ; si l'on examine un tel enfant de face, il faut un œil averti pour se rendre compte immédiatement de l'imperfection narinaire ; mais si l'on prolonge un peu l'examen, si l'on prend soin d'examiner les orifices narinaires en faisant renverser la tête légèrement en arrière, on remarque toujours un certain nombre de déficiences. C'est en regardant l'état des narines que l'on peut, à quelques années de distance, faire le diagnostic de la forme d'un bec-de-lièvre et reconnaître à coup sûr si la malformation était simple ou totale.

Il faut d'ailleurs remarquer que la déformation de la narine est plus frappante dans un bec-de-lièvre unilatéral que dans un bilatéral. Il existe sans doute de nombreux becs-de-lièvre bilatéraux qui présentent après l'opération des narines franchement abominables ; on pourrait inversement nous opposer des becs-de-lièvre unilatéraux qui ont une narine relativement présentable.

Tous ces cas particuliers, nous le savons bien, sont insuffisants pour battre en brèche la règle générale suivante : un bec-de-lièvre bilatéral, qui présente des narines mauvaises mais symétriques, est apparemment moins disgracieux qu'un bec-de-lièvre unilatéral dont une seule narine

présente les mêmes imperfections. Ainsi toute intervention correcte pour une forme bilatérale semblera toujours plus satisfaisante qu'une opération identique pour une forme unilatérale.

Nous pouvons donc tirer de ces faits une importante conclusion : *la parfaite symétrie d'une imperfection en atténue toujours la disgrâce; l'asymétrie au contraire en souligne la défectuosité.*

*
**

A plusieurs reprises au cours de cette étude, nous avons en toute franchise répété que nous ne savions pas encore reconstituer une narine parfaite dans un bec-de-lièvre unilatéral total; et nous ne croyons pas qu'il existe au monde un chirurgien qui soit assuré de refaire infailliblement une narine normale dans une telle malformation. Mais il existe heureusement des degrés dans ces imperfections : entre les insuccès abominables et les résultats satisfaisants, on peut observer de multiples déformations; nous allons essayer d'en préciser certaines variétés en analysant pour chacune d'elles leurs caractères particuliers.

Les faits et les exemples ne manquent pas pour de telles recherches, puisque tous les opérés constituent à ce point de vue un sujet d'étude; mais s'il est facile de constater la déformation et d'affirmer que la narine est anormale, il est beaucoup plus difficile d'analyser les détails de chaque imperfection et d'en faire un classement méthodique et réel.

Malgré ses lacunes, ce classement nous a cependant paru nécessaire pour essayer de préciser quelques détails de ces imperfections.

Malheureusement, chacun d'eux mériterait une étude particulière et approfondie que nous sommes incapables actuellement de mener à bien. Nous n'éprouvons pas de honte à reconnaître notre insuffisance en face des difficultés de cette tâche. On peut nous reprocher d'avoir osé l'entreprendre, mais on nous pardonnera de ne pas avoir mieux réussi.

*
**

Nous avons schématiquement groupé en trois classes les déformations habituelles que nous avons observées chez des sujets opérés :

1° *L'étalement de l'aile du nez.*

2° *La déformation de l'orifice narinaire.*

3° *L'asymétrie du lobule et de la pointe du nez.*

Dans la description de chacune de ces imperfections, nous distinguons deux catégories :

a) Nous étudierons tout d'abord les cas où la déformation est à son

maximum : elle est frappante et elle constitue le facteur essentiel de l'insuccès opératoire.

b) Nous étudierons ensuite les cas où la déformation est à son *minimum* : elle est si discrète qu'il faut parfois la chercher pour la découvrir; ce sont des cas dont le chirurgien tire souvent vanité. Mais nous répéterons à leur sujet ce que nous avons déjà exprimé dans la préface : le chirurgien soucieux de tendre à une perfection dont il ne fera qu'effleurer les limites sans jamais l'atteindre, ne doit pas se gonfler d'orgueil en comparant les résultats opératoires avec les documents photographiques recueillis avant l'intervention; il doit avoir toujours présent à l'esprit la forme idéale qui est son ambition; il doit regarder son œuvre en critique et non en admirateur. C'est à cette condition qu'il parviendra à perfectionner une méthode qui reste trop souvent bien imparfaite.

A ces trois classes de déformations, dont la cause et le traitement nous échappent encore quelquefois, nous opposerons un quatrième groupe d'imperfections : *le rétrécissement de la narine*. Il s'agit là d'une déformation sérieuse surtout au point de vue fonctionnel, et qui n'est imputable qu'à une faute du chirurgien. Nous en avons observé tellement d'exemples que nous avons le devoir de ne pas l'omettre dans cette description.

*
**

Nous ne parlerons pas ici, bien entendu, des résultats opératoires immédiats; ceux-là ne nous intéressent pas : nous avons vu que de tels résultats n'ont aucune valeur réelle et qu'ils ne permettent pas de présager à coup sûr d'un succès ultérieur.

En corrigeant un bec-de-lièvre, le chirurgien ne doit pas songer uniquement au présent, mais il doit surtout prévoir l'avenir. Sa préoccupation essentielle n'est pas de donner immédiatement, au laidron qu'il opère, le visage du bel Adonis : un tel souci serait une erreur; l'unique but de notre intervention est de remettre en leur place normale les éléments que la malformation a dispersés. C'est beaucoup plus une opération de mise en ordre qu'une opération d'esthétique, et l'appréciation ou la critique des résultats ne pourra se faire qu'après plusieurs années, lorsque les forces évolutives auront épuisé leurs effets.

Enfin, dans cette courte description, nous laisserons délibérément de côté l'examen des retouches secondaires de ces déformations post-opératoires. Il y aurait certainement là un travail sérieux à entreprendre, mais, quel que soit l'intérêt de cette chirurgie restauratrice, nous n'en parlerons volontairement pas dans une étude consacrée uniquement au traitement princeps du bec-de-lièvre unilatéral.

I. — L'ÉTALEMENT DE L'AILE DU NEZ

A l'état normal, nous l'avons vu, l'aile du nez s'enroule légèrement dans sa partie postérieure avant son implantation; elle se continue directement avec le seuil narinaire qui limite l'entrée du vestibule. Nous savons que cette saillie du seuil est très nettement marquée chez l'enfant et qu'elle est accusée davantage par une légère dépression de la lèvre à ce niveau. Ainsi, chez les jeunes sujets, nous trouvons deux faits essentiels : saillie du seuil très accusée, orifice narinaire très arrondi et presque circulaire.

Ces détails morphologiques ne s'observent malheureusement pas toujours après l'opération d'un bec-de-lièvre total, et trop souvent le résultat final ne ressemble guère à la perfection anatomique.

a) *Cas extrêmes.* — Dans les cas malheureux où la déformation est très accentuée, le résultat anatomique est médiocre et le résultat esthétique est abominable. Nous avons représenté, sur le schéma ci-contre (fig. 71), cette déformation très caractéristique dont la complexité rend si difficile la description.

Nous voyons sur cette figure l'étalement très accusé de l'aile du nez : son implantation externe est reportée largement au dehors et ne présente plus aucun contact avec la sous-cloison; le seuil narinaire, qui réunit habituellement ces deux parties, a complètement disparu, il est remplacé par une dépression profonde empiétant largement sur la région sous-narinaire; dans les cas extrêmes, cette dépression s'étend jusqu'au milieu de la lèvre supérieure; à ce niveau, elle répond à la ligne de suture labiale qui forme souvent un bloc fibreux cicatriciel.

L'orifice narinaire se trouve ainsi remplacé par une large cavité anfractueuse, dont le contour irrégulier vient mordre en arrière sur la région avoisinante; très fréquemment d'ailleurs, la paroi inférieure du vestibule présente un orifice qui répond à la brèche alvéolaire; il est facile d'y engager un stylet qui ressortira dans la bouche entre les deux berges osseuses (fig. 86).

Une telle déformation résulte généralement d'une infection de la plaie opératoire avec désunion de la partie supérieure des sutures. C'est là un accident fréquent dans les procédés classiques qui se contentent de suturer, après simple avivement, les deux lèvres de la fente. Nous verrons que nous pouvons facilement éviter cet accident en reconstituant le plancher de la narine.

La réfection du vestibule narinaire est la condition essentielle pour éviter une désunion et un résultat si désastreux. Nous en étudierons, dans

le chapitre suivant, les bases anatomiques et les principes embryologiques; retenons seulement que nous sommes désormais presque sûrement à l'abri de cette grosse déformation.

b) *Cas moins accentués.* — A côté des cas extrêmes où la déformation atteint son maximum, on observe des variétés plus fréquentes où l'imperfection est moins accusée. L'étalement de l'aile du nez reste encore le fait essentiel : son implantation externe se trouve reportée fortement en dehors, et l'orifice narinaire s'évase très largement en perdant ses contours réguliers (fig. 72).

Dans ces formes moins abominables que les précédentes, on peut noter deux imperfections très frappantes : c'est tout d'abord l'*absence complète du seuil de la narine*; sans doute il n'y a pas, comme dans les cas



FIG. 71.

FIG. 71. — *Etalement de l'aile du nez après désunion de la partie supérieure de la lèvre.*



FIG. 72.

FIG. 72. — *Etalement de l'aile du nez.*

précédents, un trou dans le plancher narinaire faisant communiquer le vestibule labial avec la cavité vestibulaire des fosses nasales, mais on ne voit plus cette saillie accusée qui prolonge normalement l'implantation alaire jusqu'au tubercule latéral de la sous-cloison; l'orifice narinaire a perdu son relief postérieur et l'on pénètre directement de la région labiale dans la région vestibulaire sans ressentir le moindre ressaut limitant ces deux régions.

Bien plus, et c'est la deuxième imperfection que nous voulions signaler, la *cavité narinaire est largement béante*; sa paroi externe s'éverse en dehors et laisse voir le repli vestibulaire qui répond à l'interstice des cartilages alaire et triangulaire; dans la profondeur, l'entrée des fosses nasales est anormalement apparente (pl. V).

Ces imperfections heurtent immédiatement le regard par le seul fait qu'elles sont unilatérales, et donc asymétriques. Elles proviennent d'une

mauvaise réfection du vestibule narinaire et d'une insuffisante correction de l'étalement primitif de l'aile du nez. Les muscles élévateurs de la narine jouent peut-être un rôle important sur lequel nous reviendrons : ils semblent responsables de certaines déformations post-opératoires ; si l'on n'a pas soin, au moment de l'intervention, de lutter contre leur traction par un moyen efficace, la narine s'obstine à fuir en dehors et le décalage si disgracieux se reproduit rapidement.

II. — LA DÉFORMATION DE L'ORIFICE NARINAIRE

Nous venons de voir, en étudiant l'étalement de l'aile du nez, que cette imperfection a inévitablement pour corollaire une déformation de l'orifice narinaire qui participe à l'évasement de toute la cavité du vestibule. Nous voulons insister maintenant sur les déformations plus spéciales de l'orifice, qui peuvent d'ailleurs exister sans un étalement considérable de l'aile du nez ; les deux catégories d'imperfections sont souvent associées, mais leur coexistence n'implique pas nécessairement leur mutuelle dépendance.

a) *Cas extrêmes.* — Lorsque la déformation est à son maximum, l'orifice narinaire prend la forme d'une véritable fente linéaire ; il paraît habituellement étiré dans le sens transversal, et son grand axe, presque dirigé dans un plan frontal, est fortement incliné par rapport au côté sain (pl. IV).

Un fait très curieux mériterait d'être étudié plus longuement : c'est la *plicature de son bord libre* (fig. 73). Il est en effet fréquent d'observer, sur la demi-circonférence externe qui répond au bord inférieur de l'aile du nez, un véritable effondrement de sa courbe ; normalement, l'orifice arrondi ou ovalaire dessine une ligne parfaitement régulière à convexité externe.

La plicature ou l'affaissement du bord libre se produit toujours à la jonction de l'aile du nez avec la branche externe du cartilage alaire.

Nous ne sommes pas encore en mesure d'expliquer, d'une façon toute satisfaisante, la cause de cette déformation qui n'est pas spéciale à une méthode ; on l'observe avec les procédés opératoires les plus divers, et certains auteurs n'hésitent pas à faire d'emblée une petite excision cunéiforme des tissus à ce niveau. Une telle résection préventive nous paraît bien aveugle et incertaine, lorsqu'on intervient chez des jeunes enfants ou des nourrissons ; nous avons répété maintes fois que nous ne pouvions à cet âge présumer formellement des résultats ultérieurs.

Il nous paraît préférable de réaliser une opération rationnelle et de

commencer par reconstituer un seuil et un plancher vestibulaire suivant des bases anatomiques ou embryologiques régulières, avant de songer à recourir à des tentatives quelquefois empiriques et plus souvent hasardeuses.

b) *Cas moins accentués.* — Lorsque la déformation est moins accentuée, elle se résume en un défaut d'orientation de l'orifice narinaire. Le contour de l'orifice peut rester parfaitement régulier; il peut être oblong, ovulaire ou elliptique, mais dans tous les cas il présente avec celui du côté sain une asymétrie manifeste; alors que le grand axe de la narine normale vient passer au centre du lobule du nez, celui du côté opéré s'incline fortement et vient aboutir au niveau de la sous-cloison.

Cette imperfection, si légère qu'elle soit, est presque constante après



FIG. 73.

FIG. 73. — *Plicature du bord antérieur de la narine.*



FIG. 74.

FIG. 74. — *Asymétrie de la pointe du nez.*

l'opération et il paraît assez difficile d'y remédier. On l'observe d'ailleurs dans presque toutes les formes de bec-de-lièvre; on l'observe même dans la majorité des formes simples et unilatérales dont elle constitue l'un des « petits défauts » habituels (pl. VIII, fig. 1). C'est dire qu'elle est presque inhérente à la malformation.

III. — L'ASYMÉTRIE DU LOBULE ET DE LA POINTE DU NEZ

De toutes les imperfections de la narine après les interventions pour bec-de-lièvre, celle-ci est assurément la plus difficile à comprendre et la plus embarrassante à corriger. Elle mériterait une étude très détaillée et les documents ne manquent pas pour la mener à bien; nous n'avons pas le temps, malheureusement, d'entreprendre cette tâche et nous nous

contenterons de décrire brièvement cette déformation, avec l'espoir de la mieux connaître un jour.

Nous avons dit, en parlant de la forme idéale, que le lobule du nez présentait parfois, au niveau de sa pointe, une rainure verticale correspondant à l'interstice séparant la partie médiane des cartilages alaires. Si l'opérateur néglige de corriger d'une manière satisfaisante l'étalement de l'aile du nez, il n'agit en aucune façon sur les éléments cartilagineux de la narine dont la déformation ne fera que s'accroître avec l'âge, et le résultat final sera lamentable.

a) *Cas extrêmes.* — Dans les cas extrêmes, la déformation est assez complexe : on observe tout d'abord une asymétrie très marquée du lobule du nez; tout le soutien cartilagineux du côté de la malformation semble s'être laissé disjoindre et aplatis, et la saillie qu'il forme paraît en retrait par rapport au côté sain dont il est séparé par une dépression en gouttière (fig. 74). C'est en quelque sorte une ébauche très discrète d'un nez bifide, *mais qui serait asymétrique*; cette asymétrie, nous ne saurions trop le répéter, constitue le caractère primordial de la déformation. Ce dédoublement, cette bifidité du lobule serait parfaitement supportable, si elle était rigoureusement harmonieuse; elle ne devient disgracieuse et ne paraît biscornue que par l'asymétrie qu'elle comporte.

A cette fâcheuse déformation s'ajoutent encore d'autres imperfections, celles-là plus inconstantes et plus discrètes; nous ne ferons que signaler l'*obliquité* ou la *torsion de la sous-cloison*, dont le grand axe s'incline du côté de la déformation; la gouttière si marquée sur le lobule du nez vient empiéter plus ou moins loin sur sa face inférieure.

On voit également, dans certains cas, au niveau du pied de la cloison, *du côté sain*, une saillie plus ou moins accentuée; elle apparaît comme une exagération de la saillie du tubercule latéral de la sous-cloison; elle semble être en rapport avec une angulation ou une coudure de la cloison cartilagineuse à ce niveau.

b) *Cas moins accentués.* — Tous les cas ne réalisent pas heureusement une difformité aussi prononcée; bien souvent, l'asymétrie de la pointe du nez se traduit par un aplatissement du lobule du côté de la malformation; il n'existe plus aucune limite apparente entre l'aile du nez et cette portion aplatie du lobule narinaire.

La partie la plus saillante de l'auvent nasal est alors formée par le cartilage alaire du côté sain. La pointe paraît ainsi déplacée légèrement en dehors et le sujet semble présenter une déviation du nez *vers le côté sain* (pl. VIII, fig. 2).

IV. — LE RÉTRÉCISSEMENT DE LA NARINE

Les trois catégories de déformation que nous avons étudiées jusqu'ici témoignent de l'insuffisance actuelle de nos procédés opératoires pour assurer la correction parfaite de la malformation narinaire; elles justifient nos efforts pour perfectionner une technique encore trop incertaine dans ses résultats, et nous verrons, à la fin de cette étude, que les progrès manifestes, réalisés après bien des tâtonnements, ne peuvent que nous stimuler à persévérer dans cette recherche sans lassitude ni découragement.

Mais à côté de ces imperfections opératoires pour lesquelles le chirurgien pêche par ignorance plus que par maladresse, nous devons reconnaître qu'il en est d'autres où la responsabilité de l'opérateur est directement engagée : nous voulons parler des *rétrécissements de la narine*.

Le rétrécissement de la narine est une faute grave à divers points de vue : il constitue une disgrâce esthétique, il peut déterminer des troubles fonctionnels sérieux, sa correction est toujours particulièrement difficile.

Au point de vue esthétique tout d'abord, il est certain que le rétrécissement narinaire constitue une disgrâce. Sans doute la difformité paraît souvent moins choquante que dans certains étalements narinaires, mais elle est malgré tout bien fâcheuse. Le plancher narinaire est considérablement rétréci, l'aile se trouve rapprochée de la sous-cloison et presque à son contact, l'orifice narinaire est extrêmement réduit et quelquefois punctiforme. L'asymétrie est donc flagrante avec le côté sain (pl. VII).

Au point de vue fonctionnel, une telle imperfection est une chose sérieuse; elle favorise éminemment les infections nasales et leurs multiples complications : otites et sinusites. Le traitement logique de ces infections chroniques et tenaces comporte essentiellement la disparition de leur cause favorisante, c'est-à-dire la suppression du rétrécissement narinaire.

Malheureusement, la correction de l'atrésie narinaire présente certaines difficultés, et c'est là le troisième facteur de gravité de ces rétrécissements opératoires; il ne faut pas compter en effet sur la simple section de la bride cicatricielle, ni sur l'exérèse du bloc fibreux pour obtenir un élargissement immédiat et durable de l'orifice narinaire. Infailliblement, la sténose se reproduit après de telles interventions et il faut avoir recours à des opérations plus complexes, avec transplantation de l'aile du nez et greffes dermo-épidermiques, pour reconstituer un plancher narinaire et obtenir un résultat satisfaisant.

Il est donc facile de comprendre quels dangers offrent, dans les interventions pour bec-de-lièvre, les méthodes qui préconisent une exérèse en bloc du seuil narinaire, suivie d'une fermeture à verrou donnant une hypercorrection de l'étalement narinaire. De telles méthodes risquent souvent de dépasser le but qu'elles se proposent; pour éviter une légère imperfection, elles créent une grave déformation.

*
**

Telles sont les principales déformations de la narine après l'intervention; l'analyse et le classement, que nous avons essayé de faire, restent forcément un peu arbitraires puisque les imperfections sont très souvent associées; leur concomitance est la source d'innombrables variétés de formes cliniques.

Si, pour conclure, nous cherchons quel est le facteur le plus important à l'origine de ces déformations, nous voyons qu'il réside avant tout dans une méconnaissance des données embryologiques et des bases anatomiques qui doivent être à l'origine de toute technique rationnelle.

Ce sont ces données que nous allons nous efforcer de préciser dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

BASES ANATOMIQUES DIRECTIVES EMBRYOLOGIQUES

Nous avons déjà exposé dans la première partie de cette étude que la seule méthode rationnelle sera celle qui rétablira tous les éléments anatomiques suivant leur ordonnance normale.

Ce principe que nous avons présenté comme une des lois fondamentales de la chirurgie autoplastique d'une malformation congénitale, garde toute sa valeur dans la correction de la fente et de l'étalement narinaire ; mais s'il nous était relativement facile, lorsque nous étudions la malformation labiale, de connaître exactement son siège et les perturbations qu'elle a apportées dans l'architecture des divers plans anatomiques, il n'en est plus de même lorsque nous envisageons la malformation narinaire.

Au niveau de la narine, en effet, la fente s'est produite au niveau d'une région horriblement compliquée (fig. 75 et 76) : le plancher du vestibule et le seuil narinaire forment un carrefour minuscule, mais complexe, où viennent converger la lèvre, le rebord alvéolaire, la voûte palatine et le plancher nasal. Tous ces différents éléments se trouvent normalement confondus. La malformation les a divisés et le cataclysme, produit par le bec-de-lièvre sur cette région, a eu pour résultat de les disperser et d'en perturber profondément l'ordonnance. On comprend toutes les difficultés qu'éprouvera le chirurgien pour imaginer l'évolution secondaire des diverses parties anatomiques et pour retrouver dans ce bouleversement les matériaux que la nature apportait à la construction d'un édifice normal.

M. Veau, dans une étude récente, intitulée : « Etude anatomique du bec-de-lièvre unilatéral total », a insisté sur les détails anatomiques qui peuvent guider le chirurgien dans la recherche d'une méthode rationnelle. Nous n'en retiendrons que quelques-uns : ceux qui doivent servir de base à la technique que nous décrirons. *

Le traitement de la fente narinaire comprend deux ordres de faits essentiels :

1° *La reconstitution du plancher du vestibule.*

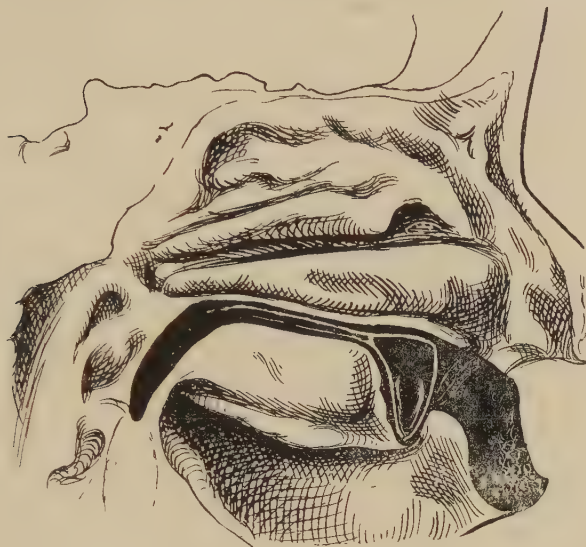


FIG. 75. — Coupe antéro-postérieure au niveau de la fente.



FIG. 76. — Berge externe d'un bec-de-lièvre unilatéral total.
Bec-de-lièvre unilatéral

2° *La réfection de l'orifice narinaire avec correction de l'étalement de l'aile.*

Il est donc nécessaire d'envisager séparément, pour chacun d'eux, quelles seront les bases anatomiques et les considérations embryologiques qui ont servi de directives opératoires.

*
**

1° LE PLANCHER DU VESTIBULE NARINAIRE

Chez un sujet normal, le plancher du vestibule narinaire est formé par une charpente osseuse, recouverte sur sa face supérieure ou nasale par la muqueuse pituitaire; sur sa face inférieure ou buccale, c'est l'arcade alvéolaire prolongée en arrière par la muqueuse palatine. Nous allons étudier pour ces trois éléments les données qui méritent d'être retenues par le chirurgien.

A. — PLANCHER OSSEUX

L'embryologie nous apprend que le plancher de l'orifice osseux et antérieur des fosses nasales est entièrement formé par l'os intermaxillaire, squelette du tubercule médian. L'ostéologie confirme ces données : sur un squelette d'enfant, on voit toujours une ligne de suture transversale qui part du trou palatin antérieur; sur la face supérieure nasale, elle se dirige transversalement en dehors, vers la branche montante du maxillaire (fig. 77); sur la face inférieure buccale, elle aboutit au pôle axial de la canine (fig. 78).

Tout le segment postérieur appartient à la lame palatine du maxillaire; cette partie est du domaine du bourgeon maxillaire supérieur et c'est elle qui sera déficiente dans les divisions simples du voile et de la voûte palatine sans bec-de-lièvre.

Tout le segment antérieur appartient au contraire à l'os intermaxillaire; il est du domaine du bourgeon nasal interne et c'est lui qui fera défaut dans les becs-de-lièvre unilatéraux totaux; même dans les cas rares où le bec-de-lièvre unilatéral total ne s'accompagne pas de division palatine (11 % des cas environ), ce plancher osseux n'existe pas et la fente s'arrête au niveau de ce qui devrait être le trou palatin antérieur.

Mais la malformation ne crée pas seulement une débiscence du squelette, elle s'accompagne de déformations plus complexes (fig. 80).

Sur la *berge externe* du bec-de-lièvre, le squelette est relativement simple et n'est pas désaxé comme sur la *berge interne*. Il est formé par

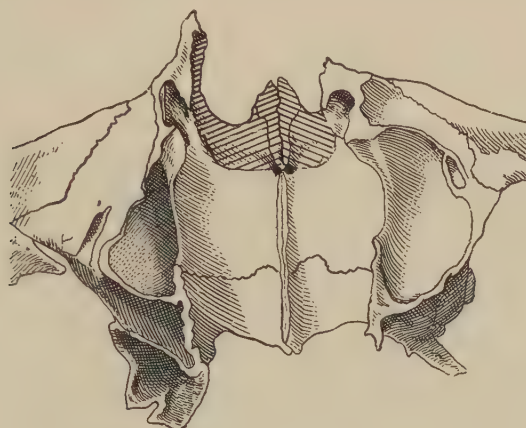


FIG. 77. — *Territoire osseux du tubercule médian sur le plancher des fosses nasales.*



FIG. 78.

FIG. 78. — *Territoire osseux du tubercule médian sur la voûte palatine.*



FIG. 79.

FIG. 79. — *Territoire du tubercule médian sur la muqueuse de la voûte palatine.*

l'os maxillaire supérieur auquel il manque tout l'os intermaxillaire; sa lame palatine est réduite à presque rien.

Sur la *berge interne*, au contraire, le squelette a pris une exubérance

formidable qui fait la terreur du chirurgien. Il est constitué par l'os intermaxillaire porté par le vomer, et il a subi une double déviation : 1° décalage excentrique par rapport à la courbure de l'arcade dentaire; 2° torsion suivant un axe horizontal qui a pour effet d'incliner les incisives qui devraient être verticales. Ces deux variétés de déviation présentent une différence fondamentale au point de vue chirurgical : la première déviation, bien qu'elle soit objectivement la plus apparente, est



FIG. 80. — *Squelette de la voûte palatine.*

plus inquiétante que durable; elle disparaît très vite après l'opération; dès que la sangle musculaire est refaite, le rebord alvéolaire décalé rentre dans le rang; en quelques jours, il a repris sa place. La torsion, suivant l'axe, paraît au contraire définitive; elle ne se modifie pas après l'opération et constitue l'un des nombreux facteurs de l'asymétrie nasale.

Signalons encore, parmi les déformations osseuses du bec-de-lièvre, la *déviation de la cloison vomérienne* qui est toujours fortement déviée du côté de la fente au lieu de former une lame sagittale médiane comme normalement.

B. — MUQUEUSE DU PLANCHER DU VESTIBULE

Il s'agit là d'un problème plus obscur, qui n'a guère retenu l'attention des embryologistes, mais qui peut avoir pour le chirurgien une importance capitale. D'où provient normalement la muqueuse du plancher vestibulaire ? Où faut-il aller la rechercher dans un bec-de-lièvre lorsqu'on intervient pour reconstituer les plans suivant leur ordonnance

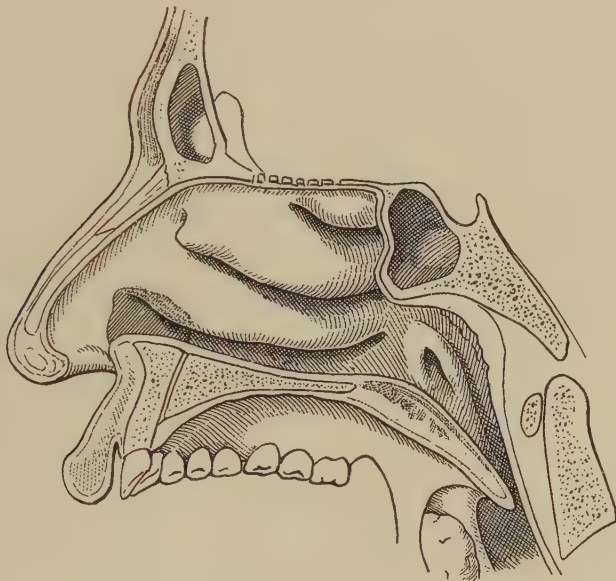


FIG. 81. — *Domaine de la muqueuse du tubercule médian*

normale ? Telles sont les deux questions qui doivent inquiéter le chirurgien soucieux de faire une opération rationnelle.

C'est le tubercule médian, nous venons de le dire, qui entre pour une part très importante dans la constitution du plancher osseux du vestibule, et c'est la muqueuse de ce tubercule qui va former le revêtement épithélial du plancher vestibulaire. Mais cette muqueuse ne reste pas cantonnée strictement à cette région ; son territoire remonte encore sur la paroi externe au niveau du méat inférieur. Il nous est impossible actuellement de fixer les limites et l'étendue exacte de ce territoire ; la figure ci-contre (fig. 81) indique grossièrement le domaine de la muqueuse du tubercule médian au niveau du méat inférieur, elle n'a que la valeur

d'un schéma hypothétique sans aucune prétention de rigoureuse exactitude; son seul but est de faire comprendre la disposition anatomique.

Contentons-nous de connaître l'existence de ce territoire muqueux pour préciser certains détails anatomiques du bec-de-lièvre et pour en tirer des directives opératoires.

Lorsqu'on examine attentivement la berge externe d'un bec-de-lièvre unilatéral total (fig. 75), on est frappé par un fait constant et très caractéristique : la tête du cornet inférieur dépasse notablement la pointe de la lame palatine, comme s'il manquait du tissu entre la fosse nasale en arrière et l'aile du nez en avant; cette déficience apparente de tissu est facile à comprendre, puisqu'il manque à la berge externe le plancher osseux et son revêtement épithélial qui sont restés sur la berge interne; nous verrons plus loin qu'il s'y ajoute un retrait de la branche montante du maxillaire supérieur dont nous parlerons en détails à propos de l'orifice narinaire. Rappelons-nous, pour le moment, cette déficience muqueuse de la berge externe qui est peut-être une cause importante de l'étalement narinaire.

Au niveau de la berge interne, la muqueuse forme un revêtement continu au squelette sous-jacent; elle mérite que nous nous attardions assez longuement sur sa description, puisque c'est à ce niveau que nous devons chercher l'étoffe qui nous permettra la réfection du vestibule narinaire. Cette muqueuse présente deux parties bien différentes, suivant qu'elle revêt en avant l'os intermaxillaire et la cloison cartilagineuse, ou que, en arrière, elle recouvre le vomer :

a) *Au niveau de l'os intermaxillaire et de la cloison*, la muqueuse appartient embryologiquement au plancher des fosses nasales, c'est elle qu'il faut utiliser pour reconstituer le plancher vestibulaire; mais pour remettre cette muqueuse à sa place normale, il faut la libérer du squelette sous-jacent, d'autant plus loin qu'elle se trouve rétractée et apparemment insuffisante. Ce décollement est toujours laborieux: la muqueuse s'est épaissie, mais elle est ratatinée et elle adhère fortement au cartilage sous-jacent. Il est très difficile de trouver à ce niveau le bon plan de clivage, il faut utiliser le bistouri mais travailler doucement et avec prudence, sinon on ne manquerait pas de crever la muqueuse ou de trancher le cartilage.

b) *Au niveau du vomer*, la muqueuse a une valeur plastique admirable, et nous n'aurons jamais trop de verve et d'enthousiasme pour vanter toutes ses qualités. Mais il faut bien la connaître et en préciser les limites. En effet la muqueuse qui semble former un revêtement continu sur toute la berge interne appartient en réalité à deux régions anatomiques essentiellement différentes; sur un sujet normal ces deux régions seraient complètement séparées : en haut ce seraient les fosses nasales, en bas la voûte

palatine; par suite de la malformation du bec-de-lièvre, la cloison osseuse est interrompue et les revêtements épithéliaux des régions sus et sous-

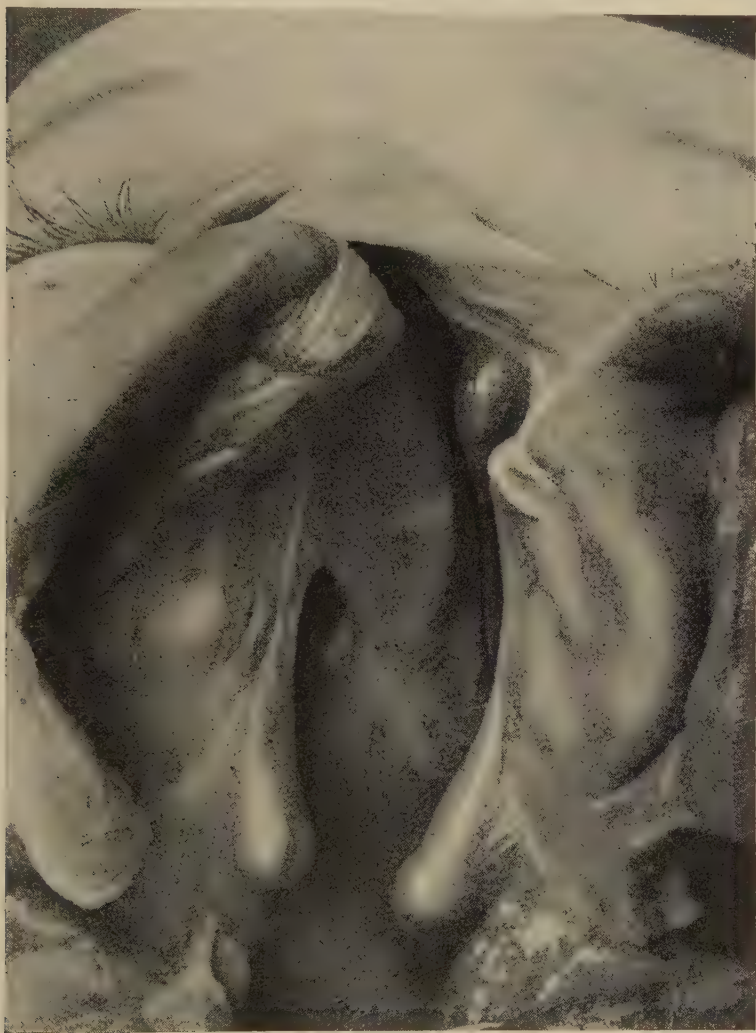


FIG. 82. — Voûte palatine d'un bec-de-lièvre unilatéral total.

jacente se trouvent en continuité directe (fig. 82). Il importe donc de bien savoir distinguer le segment nasal du segment buccal, car le premier principe d'une technique rationnelle sera de rendre au vestibule narinaire

et au plancher des fosses nasales la muqueuse qui leur appartient et de conserver la muqueuse buccale pour tapisser la voûte palatine.

La différence entre les deux muqueuses est heureusement facilitée par l'opposition de leur couleur et de leur aspect. La muqueuse palatine présente une couleur blanche, des plis multiples, épais et transversaux; la muqueuse nasale au contraire est rouge et lisse, elle a tous les caractères d'une muqueuse pituitaire. La ligne de démarcation entre ces deux muqueuses est toujours très nette; l'étude histologique montre que la transformation se fait brusquement entre la muqueuse nasale cylindrique vibratile et la muqueuse buccale pavimenteuse stratifiée. Les connexions vasculaires sont très minimales entre ces deux régions; à l'exception de quelques troncs veineux, on n'observe pas d'anastomoses importantes et il n'y a jamais d'artérioles qui traversent la ligne de démarcation.

Telle est la constitution de cette muqueuse de la berge interne qui appartient embryologiquement aux fosses nasales et qu'il faut en toute logique restituer à cette région. La muqueuse qui tapisse le vomer a une valeur plastique de premier ordre et forme une surface de revêtement admirable; on peut la décoller du plan osseux sous-jacent avec la plus grande facilité; le lambeau obtenu est épais, résistant, il ne déchire jamais et les points de suture tiennent toujours. Un tel lambeau a toutes les qualités; il ne donne que des satisfactions au chirurgien.

C. — MUQUEUSE PALATINE

Il nous reste encore à dire quelques mots de la muqueuse de la voûte palatine qui doit être accolée au plancher du vestibule pour former le plafond de l'étage inférieur et sous-jacent. Il nous faut rechercher en quel point nous devons prendre la muqueuse palatine pour la replacer dans la situation qu'elle doit occuper régulièrement.

L'embryologie nous apprend que normalement la presque totalité de la muqueuse palatine provient du bourgeon maxillaire; le seul segment de muqueuse palatine qui appartient en propre au tubercule médian est cette bande étroite, antérieure et médiane en saillie, connue sous le nom de papille palatine et cachée derrière les dents. Ainsi nous voyons que les limites du territoire muqueux ne cadrent pas exactement avec celles du territoire osseux; sur cette face buccale la muqueuse du bourgeon maxillaire supérieur recouvre l'os du bourgeon intermaxillaire, franchissant les lignes de suture dont elle efface les aspérités (fig. 79).

Ces données embryologiques trouvent leurs confirmations dans les faits tératologiques. L'étude de la berge externe d'un bec-de-lièvre nous montre que la muqueuse palatine présente à ce niveau son aspect ordinaire, sa

couleur pâle et ses plis transversaux; mais il est habituel de constater qu'à la partie antérieure cette muqueuse est comme plissée, godronée (fig. 82) : c'est le segment qui aurait dû tapisser la face postérieure du tubercule médian et qui n'a pas trouvé son utilisation. Cette muqueuse palatine a en elle une puissance constructive normale; elle pousse comme d'ordinaire, mais ne trouvant pas le plafond osseux qui doit lui servir de soutien elle se pelotonne et se recroqueville.

Ce fait anatomique a une conséquence chirurgicale importante : puisque la muqueuse de la lame palatine doit s'étendre sur le squelette du bourgeon médian, il est rationnel de la décoller complètement en respectant toujours soigneusement l'artère palatine postérieure, et de la reporter en dedans vers la région où elle devrait être. Lorsque cette muqueuse palatine aura la voie libre devant elle, son développement et sa migration seront très rapides; on est toujours émerveillé de voir avec quelle facilité se fait la cicatrisation de la partie antérieure et médiane de la voûte palatine.



2° L'ORIFICE NARINAIRE ET L'AILE DU NEZ

En recherchant quelles étaient les bases anatomiques et les considérations embryologiques qui pouvaient servir de directives opératoires à la reconstitution du plancher vestibulaire, nous nous sommes appuyés sur des faits indiscutables et qui ne semblent plus prêter à controverse; les conséquences chirurgicales en découlaient d'elles-mêmes et la méthode opératoire paraît être à juste titre la méthode rationnelle.

Mais avec l'étude de la correction de l'étalement de l'aile du nez, nous quittons le domaine des certitudes pour entrer dans celui des hypothèses. Nous avons déjà dit que nous ne savions pas refaire à coup sûr une narine normale dans un bec-de-lièvre unilatéral total; notre insuffisance opératoire n'est qu'un reflet de notre ignorance; nous ne désespérons pas d'y remédier un jour.

Parmi toutes les causes qui ont été invoquées pour expliquer la déformation de l'orifice narinaire et l'aplatissement de l'aile, nous en retiendrons trois qui paraissent s'appuyer sur des fondements anatomiques vérifiés. Nous ne ferons que les passer en revue rapidement car ces considérations anatomiques et ces recherches embryologiques n'ont pas eu jusqu'ici une valeur positive concluante; elles ne méritent guère d'être comptées parmi les bases essentielles de la méthode que nous décrivons;

le procédé idéal, que nous ne connaissons pas encore, saura peut-être en utiliser les principes, mais pour le moment leur intérêt reste encore théorique.

Les trois faits anatomiques, sur lesquels nous devons attirer l'attention, sont :

- A. — *Le retrait de la branche montante du maxillaire supérieure.*
- B. — *La déviation de la sous-cloison et l'étalement du cartilage alaire.*
- C. — *Le développement des muscles de l'aile du nez chez l'enfant.*

A. — RETRAIT DE LA BRANCHE MONTANTE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Le retrait de la branche montante du maxillaire supérieure est un fait constant qui, de tout temps, a retenu l'attention des chirurgiens; c'est un fait évident, facile à observer lorsqu'on regarde le squelette d'un bec-de-lièvre unilatéral total. La branche montante du maxillaire supérieure est fortement en retrait par rapport à sa situation normale; l'orifice nasal se trouve agrandi et reporté en arrière.

Ce retrait de l'apophyse montante ne semble pas dû à un écart ou à une bascule de la berge osseuse externe, assez comparable au pivotement si accentué de la berge interne. On le retrouve même aussi marqué dans le bec-de-lièvre unilatéral total sans division palatine ou dans les cas de cicatrice osseuse, alors que le corps du maxillaire est absolument intact en apparence. Il ne résulte pas non plus d'une traction exercée par les muscles de la lèvre ou de la narine qui auraient pris un point d'insertion sur cet os, car la branche montante n'est adhérente à aucune des parties molles qui la recouvrent; elle ne donne insertion à aucune fibre musculaire. Lorsqu'on a incisé à ce niveau, sa dénudation se fait d'un coup de rugine sans aucune difficulté.

Les constatations ostéologiques sembleraient prouver qu'il y a une déficience congénitale des tissus au niveau de la berge externe de la fente, et ces données paraissent en plein accord avec les récents travaux des embryologistes (Felber, Cadenat). L'examen des pièces du bec-de-lièvre nous montre que le territoire de l'os intermaxillaire est beaucoup plus considérable que les idées classiques pouvaient le laisser prévoir : il forme non seulement tout le plancher de l'orifice osseux antérieur des fosses nasales, mais il remonte en dehors et entre dans la constitution du bord externe de cet orifice. Ainsi, dans un bec-de-lièvre unilatéral total, la berge externe doit manquer des matériaux qui devraient lui être fournis par le tubercule médian.

S'il était prouvé que cette déficience osseuse est la cause primordiale de l'étalement narinaire, il faudrait que nous trouvions un moyen de suppléer à cette insuffisance, et ce fait justifierait les tentatives des chirurgiens qui se refusent à corriger une malformation narinaire et à reconstruire une lèvre sur un sous-sol accidenté; l'opérateur serait autorisé à faire à ce niveau une greffe osseuse ou cartilagineuse.

C'est là une question qui aurait son importance chirurgicale et qui nécessiterait de nouvelles recherches. Mais en fait, il ne nous paraît pas que cette déficience osseuse soit la seule cause, ni même la plus importante, de l'aplatissement de la narine; le chirurgien ne s'aperçoit pas en opérant que le bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire est en retrait alors que l'étalement de la narine est à son maximum, et nous pensons qu'il faut chercher ailleurs la solution d'un problème qui fait la honte du chirurgien soucieux d'une correction esthétique.

B. — DÉVIATION DE LA CLOISON AVEC ÉTALEMENT DU CARTILAGE ALAIRE

La déviation de la cloison est un fait encore plus frappant que le retrait de la branche montante du maxillaire supérieur; bien des chirurgiens se sont préoccupés de cette déformation en s'efforçant d'en corriger la laideur. Les résultats ne semblent pas avoir répondu à leurs espérances et la diversité des procédés montre combien il est difficile de corriger ce « petit défaut » du bec-de-lièvre.

Cette obliquité de la cloison fut considérée par certains auteurs comme l'une des causes de l'étalement de la narine, d'autres au contraire l'ont envisagée comme une conséquence de l'aplatissement narinaire, et nous sommes persuadés que ceux-là ont pleinement raison. D'ailleurs toutes les tentatives qui ont été faites pour corriger cette déviation, en sectionnant la cloison et en la reportant du côté de la fente, ne nous ont jamais donné de résultats satisfaisants. Nous ne les retiendrons pas.

Reste le problème du cartilage de l'aile du nez dont l'étalement mériterait peut-être de retenir davantage l'attention. Existe-t-il un simple affaissement de sa courbure en fer à cheval ? N'y-a-t-il pas une sorte de décrochement du cartilage au niveau du point où il devrait s'adosser par sa valve interne contre le cartilage de la cloison ? Nous ne sommes pas encore en mesure actuellement de trancher ces questions; les coupes microscopiques sont à ce sujet d'une interprétation difficile et de telles recherches sortiraient du cadre que nous nous sommes fixé pour ce travail.

Ce point de détail n'a peut-être pas d'ailleurs une importance pratique considérable; nous ne croyons pas commettre une faute bien grave en le négligeant sciemment, et l'étude des résultats secondaires semble nous confirmer dans cette opinion. Le seul fait d'avoir reconstitué le vestibule narinaire en corrigeant l'étalement de l'aile du nez suivant une méthode rationnelle, permet aux forces évolutives qui vont agir secondairement de retrouver une ordonnance normale et de corriger les défauts qui résultaient de la malformation. Aussi nous paraît-il inutile *chez un enfant* porteur d'un bec-de-lièvre vierge, *non encore opéré*, de recourir à des interventions sur la cloison ou sur les cartilages alaires. Les photographies que nous publions à la fin de ce travail seront notre meilleur plaidoyer pour justifier notre conduite.

C. — IMPORTANCE DES MUSCLES DE L'AILE DU NEZ CHEZ L'ENFANT

La musculature de l'aile du nez chez l'enfant est certainement un fait anatomique de première importance, mais dont les chirurgiens n'ont pas su jusqu'ici tirer le moindre profit; reconnaissons tout de suite que nous partageons cette commune incompétence dont nous avons souvent déploré l'étendue.

L'étude descriptive des muscles de l'aile du nez est, selon Theile, une des parties les plus difficiles de la myologie; il existe d'ailleurs une synonymie bien fâcheuse dans la dénomination de ces muscles, et il règne la plus grande discordance au sujet de l'action de certains d'entre eux. C'est dire l'impression de confusion que l'on éprouve en lisant à ce sujet les traités classiques; et il ne faut pas s'étonner d'y relever les opinions les plus contradictoires.

Dans cette courte étude nous ne pouvons songer à faire œuvre d'anatomiste; nous nous contenterons seulement d'indiquer brièvement comment nous envisageons le rôle de ces muscles et comment nous nous efforcerons de lutter contre leur action dans la correction de la fente du bec-de-lièvre. Mais nous ne saurions trop insister sur l'importance de la musculature narinaire chez les nourrissons et les petits enfants; les muscles acquièrent chez ces jeunes sujets une puissance de contraction et une fréquence de mouvements remarquables dont il est difficile de se faire une idée lorsqu'on est imbu des données de l'anatomie chez l'adulte normal. Les dilatateurs narinaires en particulier sont très inégalement développés suivant l'âge; bien des personnes adultes ne peuvent

les faire contracter volontairement; il est même des sujets chez lesquels l'excitation électrique reste entièrement négative. Chez l'enfant au contraire ces muscles entrent en jeu d'une façon incessante pour activer l'inspiration; le battement des ailes du nez est un signe banal de la dyspnée dans l'enfance.

Il faut donc lorsqu'on intervient dans le jeune âge pour une malformation narinaire, tenir grand compte de cette musculature dont l'importance est proportionnellement considérable. Pouvons-nous dire après cela que la contraction musculaire est la véritable cause de l'étalement de la narine ? Nous n'en savons absolument rien; dans notre incertitude et notre incompetence, nous n'oserions pas l'affirmer, mais nous pensons qu'il est logique de prendre au cours de l'intervention les moyens appropriés pour lutter efficacement contre une action incessante et fâcheuse dont nous connaissons la puissance formidable.

Les muscles de l'aile du nez peuvent être schématiquement répartis en trois groupes :

a) Les muscles abaisseurs ou constricteurs : *myrtiforme* et *triangulaire des lèvres*.

b) Les muscles élévateurs ou retrousseurs : *transverse du nez releveur superficiel* et *profond*.

c) Les muscles dilatateurs : *dilatateur des narines*.

a) Contre les muscles constricteurs de la narine, nous pouvons agir efficacement : le *triangulaire des lèvres* n'a que peu d'action sur la narine; il prend part à la constitution de l'orbiculaire externe et lorsque nous suturons ce muscle par une anse métallique, nous saisissons du même coup le faisceau nasal du triangulaire dont la puissance d'action se trouve momentanément annihilée. Le *myrtiforme* est un muscle que nous connaissons bien : chez un sujet sain, il est profondément situé sous l'orbiculaire, ses fibres s'attachent au niveau de la canine sur la face externe du maxillaire et montent obliques en avant et en haut se fixer sur la peau de l'orifice narinaire; dans le bec-de-lièvre, le myrtiforme est placé exactement sur la berge externe dans la zone qu'on décolle en rompant la bride qui s'oppose à l'adduction de la lèvre. M. Veau a longuement décrit et représenté cette bride qui constitue sur cette berge externe le fait anatomique qui a le plus d'importance chirurgicale; en bas le myrtiforme s'insère sur l'os près du bord inférieur sur la paroi externe de l'alvéole de la canine, en haut il se perd dans l'aile du nez. Nous verrons plus loin que lorsqu'on pratique la libération de la lèvre par un large décollement, on commence par sectionner ou par détacher ses insertions

osseuses; après la suture de la lèvre, ce muscle se trouve reporté légèrement en dedans, et son action est temporairement supprimée.

b) Les *muscles éleveurs* de l'aile du nez restent à distance du champ opératoire; à aucun moment le chirurgien ne les verra au cours de l'intervention; il n'a même pas besoin d'en connaître les insertions, si diversement décrites suivant les auteurs. Il lui suffit de savoir que les trois muscles éleveurs ou retrousseurs de la narine viennent s'insérer à la peau du sillon naso-labial et à la partie la plus postéro-inférieure de l'aile du nez.

Pour lutter contre l'effort de ces muscles, nous croyons préférable de passer à la base de l'aile du nez, un fil de traction; ce fil sera chargé de tirer fortement en dedans la nouvelle implantation narinaire; il doit théoriquement s'opposer à la tension de ces muscles qui auraient tendance à provoquer l'étalement narinaire.

c) Reste donc le *dilatateur des narines*. Pour celui-là nous devons avouer notre complète ignorance. Nous nous excuserons en rappelant que ce muscle est l'un des plus petits et des plus pâles de l'économie, et que si son existence est absolument constante, on ne peut le reconnaître et en poursuivre la recherche qu'au microscope. Nous espérons cependant réparer un jour notre coupable insuffisance, car l'étude de ce muscle doit être bien intéressante; grossièrement nous savons qu'il s'insère d'une part sur la peau du sillon naso-labial, d'autre part sur les téguments de la partie postéro-externe de l'orifice narinaire; « il est composé de fibres curvilignes à concavité inférieure qui se développent excentriquement depuis l'angle de la narine où elles sont très courtes jusqu'au milieu de l'aile du nez » (Poirier).

Ce qu'il y a de remarquable et de difficilement compréhensible c'est son action si puissante : sans prendre aucune insertion fixe sur un plan résistant, il réussit à écarter fortement l'aile du nez de la ligne médiane et à agrandir la courbe dessinée par la valve externe des narines. Chez les nourrissons, ce mouvement de l'aile du nez est particulièrement accusé, et l'on peut voir à chaque inspiration les narines se gonfler et se dilater avec force; il est vrai que les coupes histologiques de fœtus nous montrent facilement la beauté et l'importance des fibres musculaires de ce dilatateur des narines; leur développement témoigne manifestement de la puissance de ce muscle pendant les mois qui vont suivre la naissance.

Dans le bec-de-lièvre, nous ne savons pas comment ce muscle se comporte; à en juger par les faits cliniques, nous pouvons supposer qu'il garde toute sa valeur: la narine même très étalée esquisse encore quelques faibles battements surtout visibles au niveau du sillon vestibulaire; nous

avons souvent observé, au moment où s'achève une intervention d'un bec-de-lièvre, la reprise des battements de l'aile du nez dont on venait de corriger l'aplatissement. Une telle constatation ne peut que remplir de joie le chirurgien qui a conscience de n'avoir rien sacrifié de la mobilité de la narine pour lui rendre une forme plus harmonieuse.

*
**

Tels sont les faits anatomiques qui méritent d'être retenus par le chirurgien; chacun d'eux a son importance opératoire, et doit trouver son application dans la méthode qu'il nous reste à décrire maintenant.

CHAPITRE V

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE LA NARINE

Avant d'entreprendre la description de la technique de la réfection narinaire, nous tenons à répéter une fois de plus que cette technique n'est pas définitive. A ceux qui seraient tentés de nous reprocher de présenter une méthode encore en évolution, il nous serait très facile de répondre que rien n'est définitif en chirurgie; souvent, lorsqu'une technique paraît bien réglée dans tous ses détails, et que les années lui ont apporté la consécration officielle de son immuabilité, un chirurgien plus heureux ou plus avisé imagine une modification qui vient bouleverser une méthode que l'on croyait intangible.

Ici il n'y a rien de comparable. La technique que nous décrivons n'est qu'une *technique d'attente*; notre but est de faire le point et de marquer actuellement notre étape. Il resterait encore beaucoup de détails à préciser, mais ils ne pourront être modifiés que par la suite lorsque nous aurons plus d'expérience.

Notre insuffisance tient à un fait dont nous avons parlé dès le début de ce travail, mais que nous ne craignons pas de rappeler tant il est capital : en corrigeant la malformation d'un bec-de-lièvre, *nous intervenons sur une région en puissance d'évolution*. Il ne s'agit donc pas de faire une intervention restauratrice et esthétique, il importe de réaliser une opération logique et rationnelle qui soit adaptée à l'évolution secondaire de la région. Or, ce n'est qu'une expérience prolongée et méthodique qui peut indiquer au chirurgien comment le développement ultérieur s'harmonise ou, au contraire, bouleverse le résultat immédiat dont il était satisfait.

Il faut, dans ces conditions, plusieurs années pour juger exactement la valeur d'une technique, et nous devons à ce sujet établir une distinction capitale entre la chirurgie du bec-de-lièvre et la chirurgie palatine :

— Dans la chirurgie palatine, nous intervenons sur une région très simple que le développement ne modifiera pas par la suite. Deux ou trois semaines après l'intervention, on sait d'une façon précise, si la technique employée est satisfaisante et si elle mérite d'être conservée. Lorsque la désunion se produit, c'est un échec; que cette désunion soit partielle ou totale, le résultat est net et indiscutable.

— Dans la chirurgie du bec-de-lièvre, au contraire, la désunion est un

accident si rare qu'il est pratiquement inexistant. Le succès de ces interventions se juge à des détails infimes en apparence qui n'apparaîtront que deux ou trois ans après l'opération. A cette époque, il faut se rappeler avec une parfaite exactitude la technique qui avait été suivie; ce moyen est le seul qui permette de porter un jugement rigoureux sur la méthode employée.

On conçoit facilement qu'en présence de tant de difficultés, nous n'ayons pu aboutir rapidement à des conclusions définitives et que notre technique ne soit encore qu'une technique d'attente.

Dans l'exposé que nous allons faire, nous savons bien que certains détails sont appelés à subir quelques modifications, mais nous espérons que les principes même de la méthode s'appuient sur des bases assez solides pour rester immuables.

Le temps se chargera de séparer l'ivraie du bon grain, et, d'ici quelques années, nous saurons exactement ce qui doit être rejeté pour rentrer dans l'oubli.

M. Veau a opéré jusqu'à ce jour 325 becs-de-lièvre unilatéraux totaux. Il a commencé à utiliser le lambeau vomérien vers la 80^e intervention; l'aile du nez est spécialement restaurée depuis la 250^e; quant à la lèvre, elle n'est reconstituée avec tous les détails dont nous parlerons que depuis la 310^e. C'est dire que le premier perfectionnement de sa technique présente désormais un recul suffisant pour être solidement établi; le deuxième n'offre pas encore les mêmes garanties; quant au troisième, c'est un benjamin dont on ne peut prévoir la longévité.

On me pardonnera d'exposer une méthode qui n'a pas encore pour elle la confirmation d'une longue expérience. Peut-on en vouloir à des parents de présenter leur plus jeune nourrisson, alors qu'il ébauche seulement ses premiers pas? N'est-on pas au contraire rempli pour eux, comme pour l'enfant, d'une bienveillante indulgence? D'ailleurs, la Faculté a des exigences plus impérieuses pour moi que les sévérités de la critique.

**

PRINCIPES DIRECTEURS

La méthode, dont nous allons exposer l'étape actuelle de son évolution, est essentiellement basée sur trois principes qui découlent des données embryologiques étudiées au précédent chapitre (fig. 83).

1° *La reconstitution du plancher des fosses nasales.*

Bec-de-lièvre unilatéral

C

2° *La réfection de l'orifice narinaire par une imbrication compliquée de sutures.*

3° *La restauration d'un tubercule labial médian par la taille d'un lambeau muqueux sur la berge interne.*

1° RECONSTITUTION DU PLANCHER DES FOSSES NASALES. — Ce fait appartient plutôt à la division palatine qu'au bec-de-lièvre, mais la voûte pala-

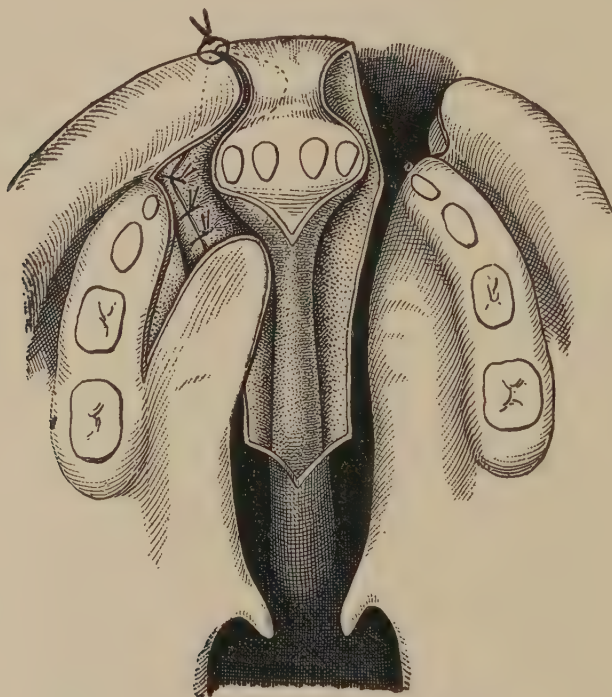


FIG. 83. — Schéma de l'opération combinée de la voûte et de la lèvre.

tine est si rapprochée de l'arcade alvéolaire qu'une bonne reconstitution de cette voûte doit aider à la correction du bec-de-lièvre.

Il est absolument prouvé, par les cas assez nombreux de becs-de-lièvre unilatéraux totaux sans division palatine, que l'état de la narine est indépendant de la fente de la voûte; dans ces cas, on observe habituellement une fente alvéolaire très large, mais qui ne dépasse pas en arrière ce qui devrait être le trou palatin antérieur. Si, dans la reconstitution du plancher des fosses nasales, nous ne nous adressons qu'à la voûte, nous n'aurions pas le droit de faire état de cette réfection dans le traitement du

bec-de-lièvre; mais il ne faut pas oublier qu'il y a toute la région comprise entre le canal palatin antérieur et le seuil de la narine : cette partie constitue le plancher de la cavité narinaire.

Nous avons vu précédemment que les anciens auteurs ne se sont jamais préoccupés de cette région, et même aucun des auteurs les plus modernes n'a songé à y faire allusion.

Il s'agit là pourtant d'un détail qui a son importance; quand on néglige de reconstituer ce plancher narinaire, il reste toujours une communication entre le nez et la bouche au niveau de la fente alvéolaire. Cette communication n'est pas toujours considérable, et dans les cas favorables où l'opération classique a été bien conduite, la brèche est presque virtuelle, car les berges osseuses se mettent assez rapidement au contact.



FIG. 84. — Communication entre le vestibule labial et les fosses nasales en regard de la fente alvéolaire.

Mais elle n'en persiste pas moins, et il est toujours facile de la mettre en évidence, en passant un stylet entre les sommets des arcades alvéolaires qui sont au contact (fig. 84).

Une technique satisfaisante doit s'efforcer d'éviter une telle imperfection. Or, l'embryologie nous a montré que le plancher du vestibule narinaire est constitué à ce niveau par le tubercule médian; c'est donc sur la berge interne qu'il faut aller prendre le lambeau obturateur, qui s'y trouve ratatiné et qu'il faudra libérer largement. On ne peut le chercher que là : il n'y a rien, en effet, sur la berge externe.

La reconstitution du plancher nasal est probablement une condition indispensable pour obtenir la réfection d'une narine irréprochable. Nous ne voulons pas dire qu'elle soit la seule condition nécessaire et suffisante, mais nous pensons qu'il n'est pas possible de réaliser une narine impeccable s'il persiste une brèche naso-buccale à proximité de l'orifice narinaire.

Ainsi la réfection correcte de ce plancher vestibulaire permettra à elle seule d'obtenir une narine suffisante (nous ne disons pas parfaite), et la preuve nous en est donnée sur les photographies publiées à la fin de ce travail, puisque tous les cas qui s'y trouvent représentés ont été opérés en basculant la muqueuse du vomer et de la cloison, sans recourir à la réfection spéciale de l'aile du nez que nous allons décrire maintenant et qui n'a été employée qu'à partir de la 250^e intervention.

Sans doute, nous devons reconnaître que la narine n'est pas encore parfaite avec ce seul procédé; mais elle ne présente plus les gros défauts qui étaient de règle avec les procédés classiques.

Il est encore un autre motif qui doit nous inciter à pratiquer, au cours de la même intervention, la fermeture de la voûte palatine en suturant la lèvre. Nous ne ferons que l'indiquer succinctement, car ces considérations sortiraient du cadre de notre sujet.

La fermeture simultanée de la lèvre et de la voûte palatine présente l'avantage énorme de pouvoir utiliser la brèche interalvéolaire qui est une voie d'accès largement ouverte sur la partie tout antérieure de la voûte.

Quand on suture la lèvre isolément sans suturer la voûte, on accroît considérablement les difficultés de l'urano-staphylorrhaphie secondaire. Les arcades alvéolaires se rapprochent, en effet, avec une grande rapidité après la réfection de la sangle musculaire de la lèvre; en quelques semaines, elles sont au contact et, quelle que soit la largeur de la fente palatine, on est alors très gêné pour reconstituer la partie antérieure de la voûte qui se trouve en partie masquée par la lèvre suturée.

Dans la chirurgie palatine, la région la plus inaccessible de la voûte est sa partie antérieure; elle est profondément cachée derrière la saillie de l'arcade alvéolaire, et ce fait d'expérience est si vrai que Lexer a proposé de sectionner la lèvre pour faciliter l'accès de cette région.

Le jour où l'on a su fermer la voûte en même temps que la lèvre, un sérieux progrès a été réalisé. Après cette opération, on a généralement gagné la reconstitution de la voûte jusqu'à son bord postérieur, la réfection du voile se fait alors dans une deuxième intervention sans aucune difficulté.

2° RÉFECTION DE L'ORIFICE NARINAIRE. — La réfection de l'orifice narinair n'est basée sur aucune considération anatomique ou embryologique; elle s'est dégagée spontanément de l'expérimentation journalière et ce n'est qu'après de nombreux tâtonnements, après avoir connu des résultats pleins d'espérance ou avoir enregistré des échecs décourageants, que nous sommes arrivés à la technique que nous décrirons.

Depuis longtemps, avant même que nous ne restaurions le plancher

nasal, nous avons essayé de pratiquer (comme tout le monde) une incision curviligne des téguments dans le sillon naso-labial. Mais les résultats de cette incision superficielle ne nous avaient guère encouragés : bien souvent nous n'avions obtenu qu'une cicatrice disgracieuse supplémentaire et l'étalement de la narine se reproduisait secondairement.

Le jour où nous avons compris qu'il fallait logiquement reconstituer le plancher de la cavité narinaire avant d'entreprendre la correction de son orifice, nous avons franchi une étape; nous étions désormais en mesure d'obtenir un meilleur résultat, mais la correction n'était pas encore parfaite. Deux faits s'opposaient à cette perfection : 1° l'étalement de l'aile; 2° l'absence du seuil narinaire.

La première imperfection semble résulter, nous l'avons dit, de la traction des muscles qui s'insèrent sur l'aile et la tirent fortement en dehors.

Nous nous sommes donc efforcés de lutter contre cette traction, en amarrant l'aile du nez par un fil profond qui sortait au niveau du sillon naso-labial, du côté opposé, pour être lié en ce point sur un bourdonnet de gaze. Cette pratique, qui est également employée en Amérique, n'a pas toujours répondu aux espérances que nous avions fondées sur elle. Pour que ce fil de traction ait une réelle efficacité, il faut qu'il trouve, sur la berge externe de la fente, au niveau de l'implantation de l'aile, une prise solide et effective ; malheureusement, ce n'est pas toujours le cas et il arrive bien souvent que, dès le deuxième jour, le fil ne tienne plus rien.

Nous avons donc été amenés, à la suite de ces insuccès, à tailler des lambeaux suivant une technique plus compliquée ; ce sera celle que nous décrirons. Nous espérons obtenir ainsi, par ce procédé, une reconstitution du seuil et une meilleure réfection de l'orifice narinaire.

3° RESTAURATION DU TUBERCULE LABIAL MÉDIAN. — Nous ne devrions pas nous occuper ici du plan muqueux de la lèvre, et nous savons bien qu'il peut paraître un peu surprenant que nous n'ayons pas reporté ces considérations dans la première partie de ce travail. Mais, dans cette première partie, lorsque nous avons étudié la suture de la fente labiale, nous n'avons envisagé que le traitement du bec-de-lièvre simple. Actuellement, en décrivant la correction de la malformation narinaire, nous ne nous occuperons que du bec-de-lièvre unilatéral total.

Dans le bec-de-lièvre simple, nous n'avons pas éprouvé le besoin de tailler, sur le territoire muqueux, le lambeau médian que nous représenterons (fig. 102 et 106) ; nous avons toujours assez de tissu, et il était inutile d'étoffer la lèvre davantage.

Par contre, dans le bec-de-lièvre total, l'étoffe paraît souvent manquer, et il faut s'évertuer par tous les moyens à diminuer la traction, cause de

désunion ou de déformation secondaire ; aussi préférons-nous tailler un lambeau médian pour assurer une meilleure réfection de la muqueuse à la face postérieure de la lèvre.

*
**

En suivant la méthode dont nous venons d'exposer brièvement les trois principes directeurs, nous avons obtenu des succès très satisfaisants.

Malheureusement, de tels résultats ne sont pas encore absolument constants ; nous les enregistrons avec satisfaction, car ils jalonnent la route et nous montrent que nous sommes engagés dans une bonne voie.

Sans doute l'étalement de la narine reste encore un accident dont nous ne sommes pas toujours maîtres, mais nous gardons fermement l'espoir qu'à la lumière de nos échecs ou de nos imperfections, nous réussirons un jour à perfectionner une technique qui a encore besoin d'un nouvel effort.

INSTRUMENTATION

Nous ne reviendrons pas, dans ce chapitre, sur les différentes questions d'intérêt général qui sont communes à la réfection de la lèvre et à la restauration de la narine ; nous avons exposé longuement, dans la première partie, les *soins pré-opératoires*, l'*âge de l'intervention*, le *mode d'anesthésie* et la *position du sujet*. Tous les détails dont nous avons parlé sont identiques, qu'il s'agisse d'une intervention pour un bec-de-lièvre simple ou d'une intervention pour une forme totale.

Nous ne dirons qu'un mot de l'*instrumentation* qui doit être complétée par quelques instruments indispensables. L'ouvre-bouche, en particulier, est absolument nécessaire pour effectuer la réfection du plancher des fosses nasales ; nous utilisons habituellement l'ouvre-bouche de Lane qui présente l'avantage de ne pas être encombrant et donne un jour suffisant pour intervenir sur la voûte palatine.

Il est également indispensable d'avoir un instrument pour pratiquer le décollement des muqueuses ; nous nous servons toujours du crochet-rugine de Trélat, dont il existe chez Collin différents modèles pointus ou mousses utilisés pour la staphylorrhaphie. Un décollateur est enfin nécessaire au moment de la libération de la berge externe et de la désinsertion du myrtiforme.

Les aiguilles n'offrent aucune particularité spéciale ; il suffit d'avoir deux aiguilles de Reverdin, l'une courbe et un peu grosse pour la suture

de la voûte palatine et du plancher vestibulaire, l'autre droite et fine pour les sutures muqueuses.

Le matériel de suture comportera :

1° Des crins de Florence de diverses dimensions ; on utilisera les crins les plus volumineux pour la réfection du plancher des fosses nasales. Les crins les plus fins seront réservés pour la suture de la muqueuse labiale.

2° Du catgut de dimension moyenne pour la réfection du vestibule narinaire.

3° Des fils de bronze recuit de 1/10° de millimètre pour la suture musculaire.

4° Des aiguilles de soie à suture vasculaire qui seront utilisées au niveau de la lèvre.

MANUEL OPÉATOIRE

En pratiquant l'intervention d'un bec-de-lièvre unilatéral total, nous reconstruisons du même coup trois régions distinctes :

- *la voûte palatine,*
- *la narine,*
- *la lèvre.*

Mais nous ne pouvons pas décrire successivement, en trois chapitres distincts, les détails de chacune de ces interventions ; en raison de l'imbrication et du chevauchement des temps opératoires, les trois périodes théoriques se confondent en une seule intervention.

Dans cette étude essentiellement pratique, notre seul but est de suivre pas à pas le chirurgien dans un dédale en apparence très complexe, et de montrer pour chaque détail opératoire les difficultés qu'il faut prévoir et les écueils qu'il faut éviter.

Nous répéterons avec insistance, pour la réfection de la narine, ce que nous avons dit à propos de la suture de la lèvre : avant d'entreprendre son intervention, le chirurgien doit bien savoir en détail ce qu'il veut faire ; il ne doit pas se livrer, au cours de l'intervention, à des improvisations dont il n'a pas mesuré toutes les conséquences.

On raconte d'un chirurgien d'avant-guerre, dont l'imagination était bouillonnante et féconde, que lorsqu'il s'écriait au cours d'une intervention : « J'ai une idée ! » les assistants ajoutaient *in petto* : « Le malade est perdu ! » Dans la chirurgie du bec-de-lièvre, les improvisations brillantes ne seront pas toujours aussi désastreuses, mais elles entraîneront souvent des échecs lamentables dont l'opéré témoignera toute sa vie.

Nous nous excusons de présenter une technique dont l'ordre semble apparemment banni, et, pour faciliter la lecture de ce manuel opératoire, nous dresserons tout d'abord le tableau des temps successifs de l'intervention que nous allons ensuite exposer en détail :

PREMIER TEMPS. — *Taille, décollement et bascule du lambeau vomérien qui doit occlure la brèche palatine.*

DEUXIÈME TEMPS. — *Incisions et décollement sur la berge externe :*

- 1° Incision de la lèvre et du sillon naso-labial ;
- 2° Incision du vestibule labial ;
- 3° Décollement du vestibule labial ;
- 4° Décollement de la muqueuse nasale de la face supérieure de la lame palatine ;
- 5° Effondrement de la muqueuse nasale au bord libre de la fente ;
- 6° Taille du lambeau palatin.

TROISIÈME TEMPS. — *Suture de la voûte.*

QUATRIÈME TEMPS. — *Suture du vestibule.*

CINQUIÈME TEMPS. — *Réfection de la lèvre :*

- 1° Incision de la berge interne de la lèvre et libération des tranches de section ;
- 2° Libération des tranches de section de la berge externe de la lèvre ;
- 3° Suture musculaire ;
- 4° Suture de la muqueuse postérieure de la lèvre ;
- 5° Suture du seuil narinaire ;
- 6° Suture de la peau.

*
**

Premier temps. — *Taille, décollement et bascule du lambeau vomérien.*

1° INCISION DU LAMBEAU VOMÉRIEN (fig. 85)

L'incision de la muqueuse du vomer doit commencer très en arrière, à un centimètre environ du point où le voile rejoint le vomer.

A partir de ce point, le bistouri incise la muqueuse pour rejoindre rapidement la ligne de démarcation toujours très nette qui sépare la muqueuse palatine blanche et plissée de la muqueuse pituitaire lisse et rouge. La ligne d'incision suit alors exactement la limite de ces deux

zones si différenciées. Il vaut mieux être sur le segment palatin que sur le versant pituitaire. Mais il est inutile d'empiéter sur la muqueuse palatine, car le lambeau vomérien sera toujours assez large, quelle que soit l'étendue de la fente.

. Bien qu'il faille travailler dans la profondeur, cette incision est facile, car le bistouri prend appui sur un plan osseux résistant, et il suffit d'appuyer un peu en traçant l'incision pour qu'il soit inutile de repasser.

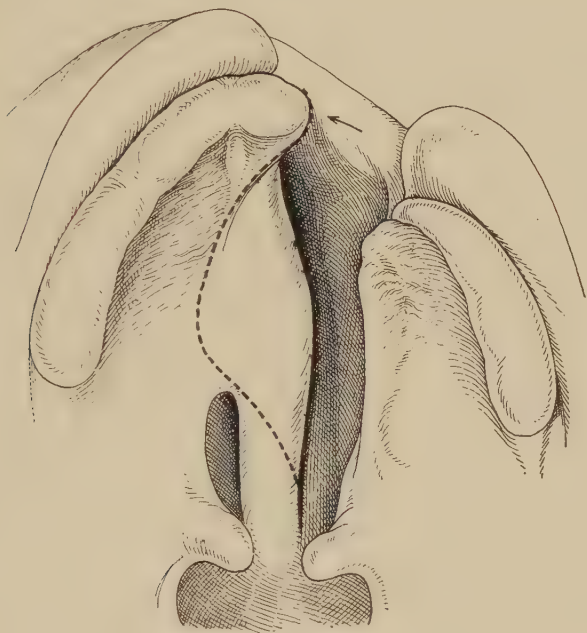


FIG. 85. — *Incision de la muqueuse du vomer.*

On doit éviter de le faire, parce que l'hémorragie qui se produit à ce moment masque complètement la ligne d'incision qui ne baille pas. Si l'on s'était tenté de repasser, on ne serait jamais dans la même ligne d'incision.

L'hémorragie n'est jamais sérieuse; il n'existe en effet aucune artériole qui franchisse la ligne de démarcation entre les deux muqueuses. Le bistouri ne coupe que quelques connexions veineuses; le sang coule en nappe et jamais en jet, l'hémorragie s'arrête assez rapidement.

Lorsqu'on arrive au niveau de la saillie considérable de l'arcade dentaire et de l'implantation du tubercule incisif, on éprouve un peu plus

de difficultés. Il faut, en effet, contourner cette saillie exubérante pour arriver au-dessous d'elle sur la face latérale de la cloison. Pour cela, le bistouri doit changer de direction : on tenait sa lame verticalement pour inciser la région palatine qui est horizontale ; il faut l'incliner à angle droit, presque horizontalement, pour inciser la face latérale du tubercule médian ; enfin la redresser verticalement et la pointe en haut pour tracer les derniers millimètres sur le cartilage de la cloison.

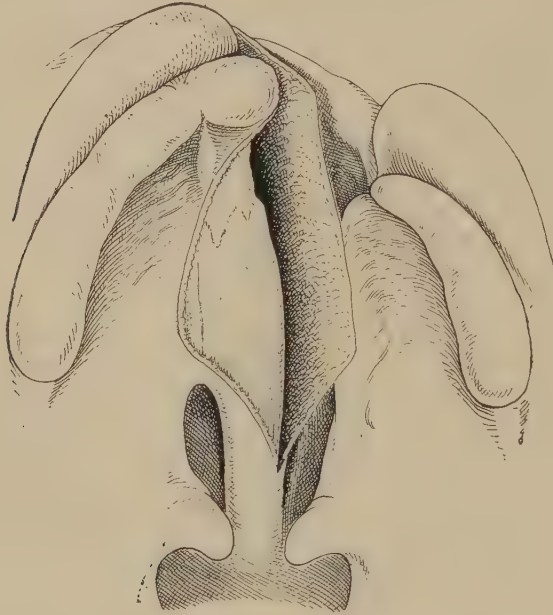


FIG. 86. — *Décollement du lambeau vomérien.*

C'est à ce niveau que doit aboutir en avant le tracé sinusoïdal qui va permettre le décollement du lambeau vomérien.

2° DÉCOLLEMENT DU LAMBEAU VOMÉRIEN (fig. 86)

Ce décollement est très facile au niveau du palais ; nous avons insisté longuement sur les aptitudes plastiques de ce lambeau vomérien qui a toutes les qualités. On peut le décoller de l'os sous-jacent, avec une facilité extrême, au moyen du crochet-rugine qui est le seul instrument nécessaire.

Il ne faut pas hésiter à reprendre ce décollement à plusieurs reprises d'avant en arrière, jusqu'à ce que le lambeau bien mobile puisse basculer dans toute sa longueur (fig. 87).

Les difficultés ne commencent qu'en avant ; elles sont de deux ordres différents :

— Au niveau de la dépression creusée par la saillie exagérée de l'intermaxillaire, les adhérences ne sont guère plus considérables qu'au niveau du vomer ; mais il faut aller décoller au fond même de la dépres-



FIG. 87. — Zone de décollement de la muqueuse vomérienne.

sion, dans une région plus difficilement accessible pour la rugine (fig. 82). On arrive pourtant à vaincre cette difficulté avec un peu d'entraînement.

— Au niveau de la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, il y a de vraies adhérences. Le crochet-rugine ne suffit plus, il faut les sectionner au bistouri. Nous avons insisté déjà sur les caractères de cette muqueuse qui paraît plissée et ratatinée ; nous avons vu quelle était sa valeur embryologique et nous savons qu'il faut la décoller largement pour reconstituer le plancher vestibulaire.

La libération est souvent laborieuse, il faut prendre soin de ne pas déchirer la muqueuse, il faut éviter également d'entailler ou même de traverser le cartilage de la cloison ; il n'est malheureusement que trop

facile de transfixer cette cloison : pour un rien, on se retrouve de l'autre côté.

Il faut donc agir avec patience et méthode, et ne pas craindre d'y revenir à plusieurs reprises si l'on estime ce décollement insuffisant ou imparfait.

Le lambeau vomérien doit être ainsi décollé sur toute la longueur ; sa libération profonde doit s'étendre loin en haut : il doit être flottant. La clef de la bonne réfection de la voûte se trouve dans l'étendue de ce décollement.

*
**

Deuxième temps. — Incisions et décollement sur la berge externe.

Nous aurions pu décrire maintenant l'incision et la taille du lambeau palatin de la berge externe qui doit venir doubler le lambeau vomérien. Mais l'expérience nous a montré qu'on opérerait avec plus de sécurité et de facilité en pratiquant d'un seul coup toutes les incisions si compliquées de la berge externe.

Nous n'avons pas toujours employé cette méthode, et ce n'est qu'après bien des tâtonnements que nous sommes arrivés à la technique suivante :

1° INCISION DE LA LÈVRE ET DU SILLON NASO-LABIAL

Nous commençons habituellement par tracer les incisions au niveau de la ligne cutané-muqueuse, et nous retrouvons là toutes les difficultés que nous avons signalées dans la première partie de ce travail, en particulier l'inconsistance des tissus et l'abondance de l'hémorragie.

La première difficulté opératoire, avons-nous dit, est de fixer la lèvre ; nous ne reviendrons pas sur ce point. Pour repérer et jalonner la ligne cutané-muqueuse, nous utiliserons encore les aiguilles jumelées qui seront plantées à cheval, le disque de métal étant orienté perpendiculairement à cette ligne. Le point d'implantation des aiguilles (fig. 88) doit être déterminé avec beaucoup de soin, puisque c'est à ce niveau que le bistouri va trancher la ligne cutané-muqueuse. Nous avons assez longuement insisté sur ce fait.

L'incision des téguments ne diffère pas beaucoup de celle que nous avons décrite pour le bec-de-lièvre unilatéral simple. Nous en indiquerons rapidement la disposition, car les schémas ci-contre seront plus explicites qu'une longue dissertation. La pointe du bistouri est enfoncée dans le territoire cutané au ras de l'aiguille supérieure ; suivant alors très

exactement la ligne cutané-muqueuse, sans jamais empiéter sur elle, elle incise la peau jusqu'à la narine. Le bistouri arrive ainsi au sommet de la berge externe, dans une région extrêmement complexe.

A ce niveau viennent aboutir presque au contact les uns des autres, et de la superficie vers la profondeur :

- a) Le sommet de la lèvre fendue,
- b) La pointe de la narine,
- c) Plus en retrait, le sommet de l'arcade alvéolaire tapissée de sa muqueuse,
- d) L'extrémité antérieure de la lame palatine doublée de la muqueuse nasale qui la déborde un peu,

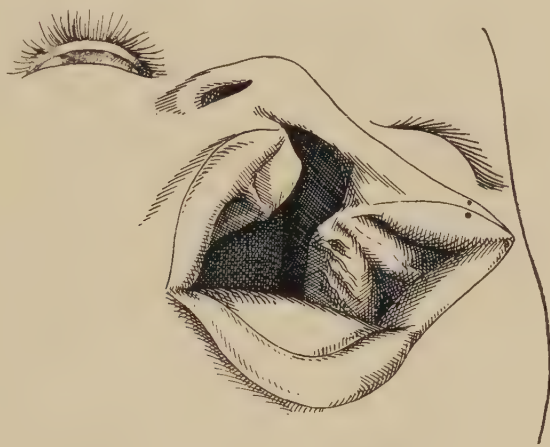


FIG. 88. — *Incision de la berge externe : les aiguilles ont repéré le point de section de la ligne cutané-muqueuse.*

e) Enfin, la branche montante du maxillaire recouverte par la muqueuse nasale qui remonte sur la paroi externe des fosses nasales.

A cette complexité anatomique doit répondre nécessairement une complexité des incisions de la berge externe ; elles vont toutes venir converger dans cette région qui devient un véritable carrefour où s'entrecroisent en tous sens les incisions libératrices (fig. 89 et 90).

Signalons enfin qu'il existe, au sommet de la berge externe de la lèvre, une véritable *bride* qui fixe la lèvre au plan osseux ; elle constitue un frein qui s'oppose à la mobilisation de la lèvre et sa section est un temps essentiel de l'intervention : tant que les téguments sont appliqués contre le squelette (sans y adhérer d'ailleurs), la lèvre et l'aile du nez ne peuvent être mobilisés en dedans pour occlure la fente.

Dès que l'incision cutanée est tracée, on procède à l'*incision du sillon naso-labial* qui permettra la mobilisation de l'aile du nez (fig. 100). Pour



FIG. 89. — *Incisions pour permettre le dédoublement.*



FIG. 90. — *Dédoublement.*

cela, on enfonce la pointe du bistouri dans le pli rudimentaire qui marque l'implantation alaire ; ce pli est très atténué par suite de l'étalement.

ment de la narine, il faut donc le regarder attentivement avant de commencer l'incision.

Il est quelquefois difficile d'apprécier la longueur de ce débridement, et l'on reste souvent hésitant à rechercher le point exact où s'enfoncera le bistouri ; il faut se rappeler qu'après la réfection de l'orifice narinaire, le sommet de l'incision ne doit pas remonter au-dessus du plan de cet orifice ; c'est dire qu'il doit rester à une notable distance de l'angle naso-jugal. On n'a pas à craindre d'ailleurs d'être trop parcimonieux dans ce tracé, puisqu'il serait facile, en cas d'insuffisance, d'en augmenter la longueur au moment de la suture du vestibule.

Le bistouri va donc suivre le sillon naso-labial ; il décrit avec lui une courbe à concavité supéro-interne, et il aboutit rapidement au sommet de la lèvre fendue. La nouvelle ligne d'incision, ainsi tracée, rejoint la première incision cutanée à l'extrémité antérieure du sillon gingivo-labial.

On pratique alors l'incision de la muqueuse : le bistouri est enfoncé dans la zone muqueuse à deux ou trois millimètres en arrière de l'aiguille inférieure qu'il rejoint rapidement ; il continue ensuite à suivre parallèlement l'incision cutanée, mais en restant strictement en dessous de la ligne cutanéomuqueuse en plein territoire muqueux. Il s'arrête lorsqu'il a rejoint les deux incisions précédentes au contact du sillon gingivo-labial. Il ne reste plus qu'à trancher, avec la pointe du bistouri, la ligne cutanéomuqueuse entre les deux aiguilles et à réséquer le petit segment du rebord cutanéomuqueux circonscrit par ces incisions (fig. 104). Les aiguilles jumelées sont enlevées ; l'avivement de la lèvre externe est terminé.

2° INCISION DU VESTIBULE LABIAL

Aussitôt après, on retourne la lèvre pour exposer sa face profonde et pratiquer l'incision du vestibule labial (fig. 91). L'incision doit commencer très loin en arrière, le bistouri doit suivre exactement le sillon gingivo-labial. Il est indispensable d'inciser à ce niveau ; si on était trop en dedans du sillon, on mordrait sur la gencive et, au moment du décollement du vestibule, on se perdrait dans les germes dentaires.

En avant, l'incision atteint l'extrémité antérieure du sillon gingivo-labial et rejoint à ce niveau les incisions précédentes ; c'est à ce moment seulement que le bistouri, perpendiculaire à la bride, la sectionne sans difficulté.

On a l'impression d'une libération importante ; il semble que la lèvre puisse être mobilisée largement, et qu'il soit facile de la ramener en dedans jusqu'à la ligne médiane.

Mais l'incision vestibulaire doit se poursuivre davantage et remonter

dans la narine. Continuant son chemin, le bistouri incise sur la face profonde de l'aile du nez, comme il est représenté figure 91. Il faut arriver sur l'os du bord antéro-externe des fosses nasales, c'est-à-dire sur



FIG 91. — Incision dans le vestibule nasal et le long de la branche montante du maxillaire.



FIG. 92. — Tracé de l'incision au niveau du vestibule labial et de la branche montante du maxillaire supérieure.

la branche montante du maxillaire supérieure. Le bistouri doit être enfoncé profondément ; il ne doit pas perdre le contact du squelette et ne rien laisser sur l'os, ce qui s'obtient sans difficultés, lorsqu'on ne craint pas d'appuyer.

3° DÉCOLLEMENT DU VESTIBULE LABIAL

Par la brèche ainsi formée, on pratique alors un très large décollement, en refoulant en haut et en dehors la masse des parties molles qui comprend toute la lèvre et l'aile du nez (fig. 93).

Il faut pour cela désinsérer ou sectionner les attaches inférieures du myrtiliforme ; le décolateur ou la rugine dénudent facilement la face latérale de l'os auquel le périoste n'adhère nullement. Si l'instrument est au contact de l'os, la désinsertion du myrtiliforme se fait avec une facilité extrême, sinon on peine beaucoup sans résultat appréciable : il suffit d'y penser pour éviter cette perte de temps.

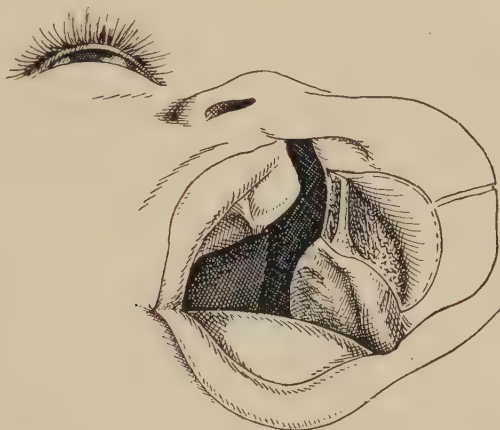


FIG. 93. — *Décollement de la face externe du maxillaire.*

La désinsertion du myrtiliforme permet d'écarter largement la lèvre et de poursuivre rapidement le décollement jusqu'à la branche montante du maxillaire supérieur. Par cette incision, on décolle tout ce qu'on peut : on arrive en dehors au contact de l'orifice externe du canal sous-orbitaire, en dedans on libère toute la face externe de la branche montante, puis le crochet-rugine va contourner son bord antérieur pour passer sur sa face interne et, de là, sur la face supérieure de la lame palatine.

Un tel décollement s'accompagne toujours d'une hémorragie importante, mais il est inutile de chercher à poser quelques ligatures ; lorsqu'on a achevé la libération, on peut s'arrêter quelques instants et en profiter pour exercer une compression temporaire. Nous avons pris l'habitude de pratiquer à ce moment un tamponnement avec une petite compresse

de gaze que l'on tasse fortement et que l'on enlèvera au moment de la suture du vestibule. Ce simple tamponnement suffit à arrêter l'abondant suintement hémorragique.

4° DÉCOLLEMENT DE LA MUQUEUSE NASALE DE LA FACE SUPÉRIEURE DE LA LAME PALATINE

Dès qu'il est arrivé sur la face interne de la branche montante du maxillaire, le crochet-rugine libère, avec la plus grande facilité, toute la muqueuse de la paroi externe du méat inférieur ; on est même surpris de s'apercevoir qu'en décollant la muqueuse on a décollé le cornet inférieur qui fait corps avec elle à l'âge où nous opérons nos jeunes enfants.

Descendant ensuite sur la face supérieure de la lame palatine, on libère toute la muqueuse à ce niveau ; la rugine n'y rencontre pas d'adhérences et s'engage aussi loin qu'on veut sur le plancher des fosses nasales. Cette séparation ne s'accompagne pas d'hémorragie notable ; c'est la muqueuse seule qui est vasculaire, et il semble qu'il n'existe pas de connexion importante entre elle et le squelette sous-jacent.

5° EFFONDREMENT DE LA MUQUEUSE NASALE AU BORD LIBRE DE LA FENTE (fig. 94)

Lorsque la muqueuse nasale a bien été décollée sur la face supérieure de la lame palatine, il est facile de la libérer complètement en la séparant de la muqueuse buccale à leur point de jonction, au bord libre de la fente.

Il est inutile de chercher à inciser le long du bord libre avec un bistouri. A ce niveau, en effet, la muqueuse adhère intimement à l'os et fait corps avec lui ; quand on incise cette muqueuse, on n'a rien obtenu : après le passage du bistouri, les lèvres de l'incision ne s'écartent pas. L'hémorragie en nappe vient aussitôt masquer la ligne de section qu'on n'aperçoit plus, et, si on repasse le bistouri, on ne se trouve jamais exactement au même endroit ; il en résulte une incision déchiquetée et irrégulière.

Il est donc préférable de renoncer à inciser la muqueuse ; il vaut mieux l'effondrer, ce qui est très facile. En décollant la muqueuse nasale avec le crochet-rugine qui suit la face supérieure de la lame palatine, on effondre cette muqueuse au niveau de la zone adhérente. Par quelques mouvements de va et vient, l'instrument libère aisément tout le bord interne de la muqueuse nasale.

Il reste cependant toujours un segment de muqueuse encore adhérent à la pointe de l'arcade alvéolaire, entre le bord antérieur de la lame



FIG. 94. — Effondrement de la muqueuse nasale le long du bord libre de la lame palatine.



FIG. 95. — Le lambeau vomérien vient au contact de la muqueuse de la paroi externe des fosses nasales.

palatine et le décollement du vestibule labial. Il est nécessaire d'achever à ce niveau la libération par une courte incision au bistouri ; et, du même coup, la muqueuse nasale se trouve complètement libérée.

6° TAILLE DU LAMBEAU PALATIN

Pour tailler le lambeau palatin qui doit être reporté en dedans, il suffit d'inciser au bord externe de la voûte palatine. La ligne de section part en arrière, un peu au delà de la saillie postérieure de l'arcade alvéolaire ; le bistouri doit suivre le sillon toujours visible entre le bord gingival et la muqueuse palatine. Il est important de bien voir ce sillon et de se tenir légèrement en dedans de lui ; quand on opère des enfants âgés, il est facile de suivre l'implantation des dents, en laissant en dehors de l'incision une languette de muqueuse d'un millimètre environ. Mais lorsqu'on opère des nourrissons, il n'y a pas de dents et la gencive se continue directement avec la muqueuse palatine ; si le bistouri se déplace en dehors du sillon, il vient se perdre dans les bourgeons dentaires. L'incision se fait d'emblée jusqu'à l'os ; on n'éprouve aucune peine à l'exécuter.

En avant, l'incision atteint puis déborde le sommet de l'arcade dentaire effilée ; elle rejoint à ce niveau la zone d'effondrement de la muqueuse nasale ; la section du bord interne du lambeau palatin se trouve ainsi toute faite. Il est inutile d'y revenir.

Dès que l'incision est tracée, il faut décoller, sans chercher à enrayer le suintement hémorragique qui est encore relativement minime. Le décollement du lambeau palatin est très facile quand on a soin de l'exécuter d'avant en arrière ; pour cela, le dos du crochet-rugine est poussé au contact même de l'os ; il ne rencontre aucune résistance et le bord interne se libère avec une aisance sans pareille.

Le décollement doit toujours être exécuté d'avant en arrière pour garder dans le lambeau toutes les ramifications de l'artère palatine postérieure qui doit en assurer la vascularisation et dont le cône d'épanouissement se trouve très en arrière. Il doit être poussé assez loin pour atteindre l'émergence du pédicule vasculaire au niveau du canal palatin postérieur, et allonger par traction le paquet vasculo-nerveux.

Le crochet-rugine doit pour cela contourner la face postérieure du paquet vasculaire qu'on devine plus qu'on ne le voit ; il réalise la rupture de tous les trousseaux fibreux qui s'insèrent sur la berge externe de l'orifice palatin et qui constituent un frein important au déplacement de la muqueuse palatine. Dès que cela est fait, on exerce des tractions sur le lambeau ; on tire lentement et progressivement ; on sent que les tissus prêtent et que les tractions du crochet allongent tout le pédicule.

Lorsque l'artère est bien allongée, il faut s'arrêter quelques instants : c'est le moment de comprimer, car l'hémorragie est toujours importante. Le suintement abondant se fait en nappe, et il n'y a pas d'autres moyens

pour arrêter cette hémorragie, que la compression directe du lambeau sur le plan résistant que forme la voûte palatine. Il faut avoir la patience d'attendre quelques minutes.

Avec la taille du lambeau palatin s'achève le temps si complexe des incisions de la berge externe. La partie la plus laborieuse de l'intervention est terminée : elle nécessite toujours une extrême attention et représente parfois un véritable effort d'application intellectuelle. Le reste demande encore beaucoup de vigilance, mais constitue davantage un travail pratique d'activité manuelle.

Troisième temps. — Suture de la voûte.

La réfection de la voûte est facile grâce au double plan muqueux qui remplace les éléments dans leur situation anatomique. Elle se trouve réalisée par la suture du lambeau palatin déplacé en dedans et du lambeau vomérien basculé en dehors.

Nous employons habituellement l'aiguille courbe de Reverdin de dimension moyenne pour passer le gros crin solide qui assurera la suture. L'aiguille, armée de l'une des extrémités du crin, est introduite par la brèche narinaire; elle transfixie la muqueuse vomérienne, puis embroche le lambeau palatin plus résistant. Il faut traverser ce lambeau assez loin pour le ramener suffisamment en dedans.

L'opérateur doit sortir lui-même le crin du chas de l'aiguille. Avec un peu de patience, cette manœuvre n'est guère difficile; elle présente l'avantage de ne pas demander à l'aide d'aller charger l'aiguille dans une profondeur où il a peine à la voir.

L'aiguille est alors armée avec l'autre extrémité du crin, et elle repique une seconde fois les deux muqueuses. Le second point d'entrée ne doit pas se confondre exactement avec le premier, ce qui serait une erreur et ce qui est quelquefois difficile.

Les deux extrémités du crin sortent donc sur la face buccale du lambeau palatin; on les noue *dans la bouche*; à ce moment, la pointe du lambeau palatin se rapproche de l'incision vomérienne. Un seul point de suture suffit toujours pour assurer la réfection de la voûte (fig. 96).

Il n'y a pas à se préoccuper de la brèche palato-vomérienne, créée par le déplacement et la bascule des deux muqueuses. Etant donnée l'extraordinaire puissance constructive du lambeau palatin grâce aux globes épidermiques, la cicatrisation de la partie antérieure et médiane de la voûte palatine se fera parfaitement.

Quatrième temps. — Suture du vestibule.

Après avoir réalisé la réfection de la voûte palatine, il faut reconstituer le vestibule narinaire en complétant la suture du plan nasal entre la lèvre et la lame palatine. Si on négligeait cette suture importante, il resterait une communication entre les cavités nasale et buccale au niveau

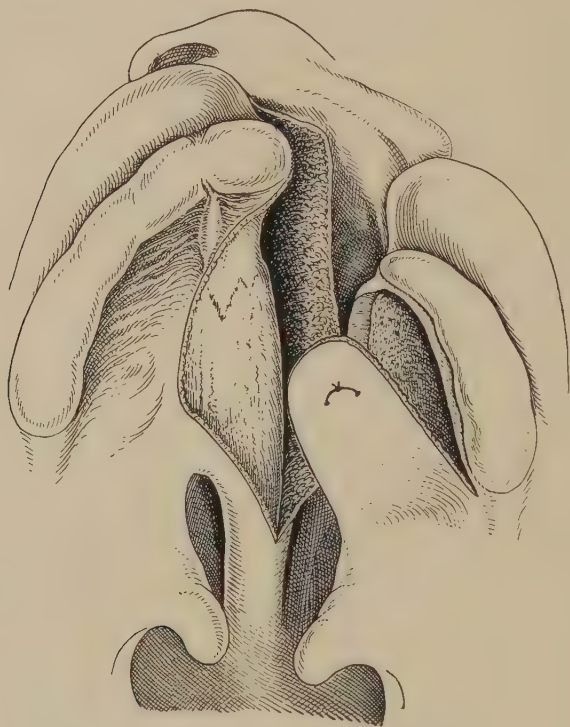


FIG. 96. — Réfection de la voûte palatine.

de la brèche alvéolaire, et le lambeau palatin serait dans de moins bonnes conditions de reprise.

Lorsqu'on a décollé avec soin la muqueuse du vomer et de la cloison en dedans, la muqueuse nasale en dehors, la réfection du vestibule par suture des deux tranches est une opération bien facile. Grâce à l'écart des arcades alvéolaires, on a sur le segment antérieur de la voûte palatine une voie d'accès admirable dont on serait privé si la lèvre était déjà reconstituée.

Il suffit habituellement de placer un ou deux points de suture. Ces fils d'ailleurs ne pourront être enlevés, car s'ils sont noués sur la face supérieure des lambeaux, le nœud se trouvera reporté profondément sur le plancher des fosses nasales et il deviendra inaccessible; si le nœud est

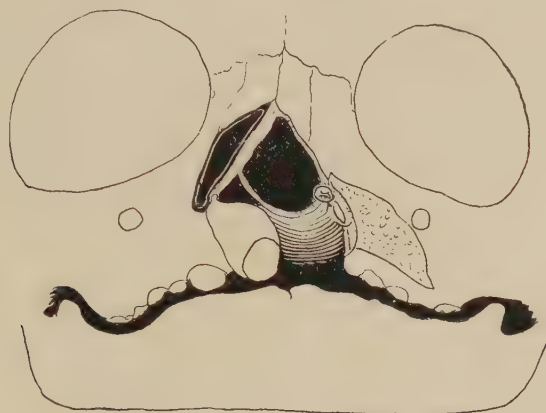


FIG. 97. — Schéma pour montrer comment la bascule du lambeau vomérien reconstitue le plancher des fosses nasales.

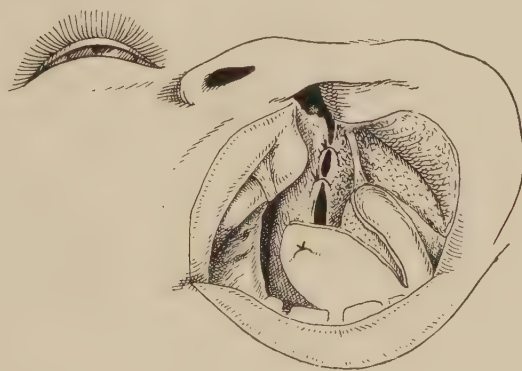


FIG. 98. — Réfection du vestibule narinaire.

placé sur la face inférieure, il sera complètement masqué par la lèvre reconstituée en avant de lui et il deviendra invisible.

On peut utiliser le crin pour faire cette suture, mais il est bien difficile d'enlever les points ultérieurement; en tirant sur l'une des extrémités pour atteindre le nœud et sectionner l'anse, on arrache le crin plus

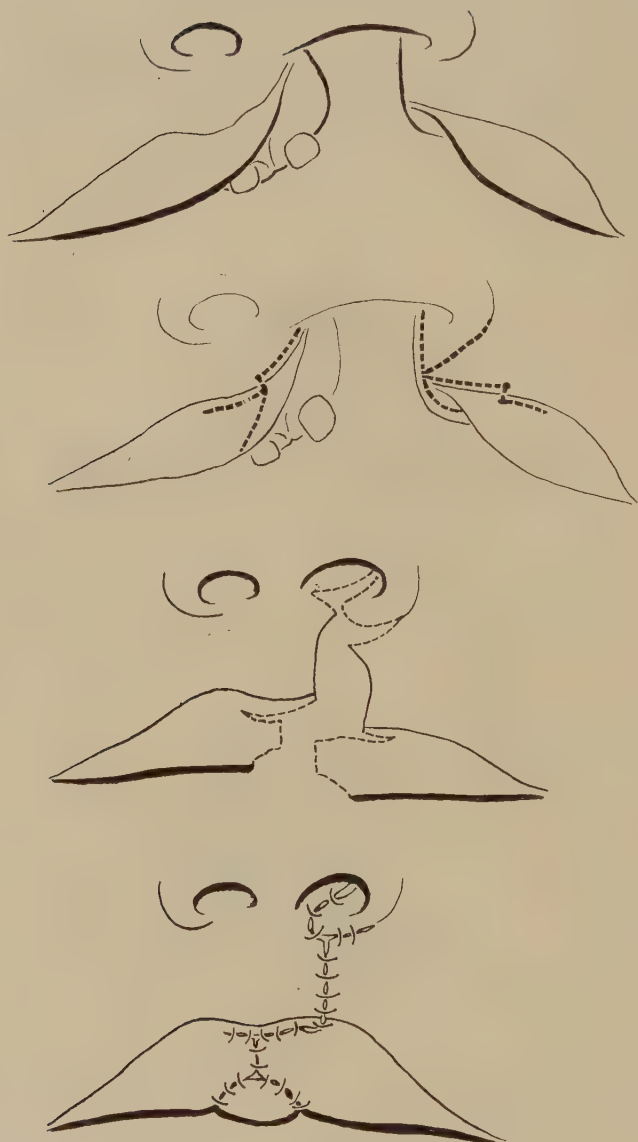


FIG. 99, 100, 101 et 102. — *Incisions des berges de la fente et suture de la lèvre.*

souvent qu'on ne le coupe. Aussi paraît-il préférable d'utiliser le catgut, les nœuds seront faits sur la face inférieure; deux points suffisent habituellement (fig. 98).

La partie uranienne de l'opération se trouve ainsi terminée; on enlève l'ouvre-bouche qui est devenu inutile. Il ne reste plus qu'à entreprendre le dernier temps de l'intervention : la réfection de la lèvre.

Cinquième temps. — Réfection de la lèvre.

Nous n'insisterons pas sur tous les détails de ce dernier temps opératoire, car nombre d'entre eux ont été longuement exposés dans la première partie de ce travail. Nous nous attacherons seulement à décrire les points particuliers concernant la suture de la muqueuse postérieure de la lèvre et la suture du seuil narinaire.



FIG. 103.

FIG. 103. — *Bec-de-lièvre unilatéral total : vue de la face inférieure de la berge interne.*

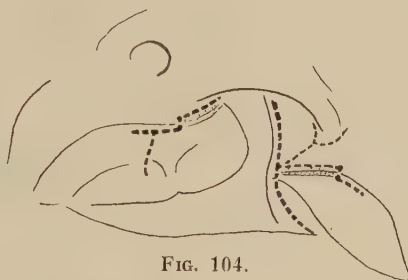


FIG. 104.

FIG. 104. — *Incisions des berges.*

**1° INCISION DE LA BERGE INTERNE
ET LIBÉRATION DES TRANCHES DE SECTION**

Le jalonnement de la ligne cutanéomuqueuse avec les aiguilles jumelées, l'incision des téguments ne présentent aucune particularité (fig. 100).

Nous avons insisté sur l'importance du tracé minutieux des incisions cutanée et muqueuse. Ce fait garde toute sa valeur et nous n'y reviendrons pas.

Seule la section de la muqueuse de la face postérieure de la lèvre présente une particularité intéressante. Lorsque le bistouri a achevé l'incision du bord rouge en restant fidèlement sous-jacent à la ligne cutanéomuqueuse, il se trouve à quatre ou cinq millimètres des aiguilles jumelées et il répond à ce qui sera plus tard la ligne médiane. Il revient alors sur ses pas, et, à courte distance de l'aiguille inférieure piquée dans

la muqueuse, il entreprend une nouvelle incision qui, cette fois, s'éloigne rapidement de la ligne cutané-muqueuse pour atteindre le bord libre au delà de la ligne médiane. Il faut alors enlever les aiguilles jumelées pour retourner la lèvre et prolonger l'incision sur sa face profonde jusqu'au niveau du sillon gingivo-labial (fig. 104).

De cette manière, on a délimité un lambeau de muqueuse qui se trouve appendu au sommet de la berge interne et qui servira à la réfection du tubercule labial médian. Sur ce petit tablier muqueux, il reste, au niveau de son bord supérieur et interne, un petit segment de la ligne cutané-muqueuse dont on pratiquera l'exérèse pour éviter une imperfection secondaire.

Après avoir achevé les incisions de la berge interne, on procédera

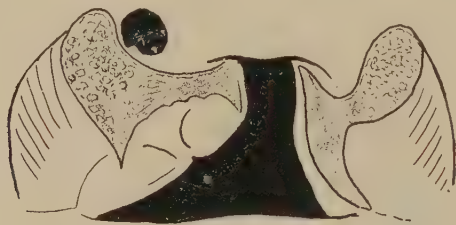


FIG. 105. — Dédoublement des lèvres.

au dédoublement et à la libération de toute la surface avivée comme nous l'avons indiqué dans la première partie (fig. 105).

2° LIBÉRATION DES TRANCHES DE SECTION DE LA BERGE EXTERNE DE LA LÈVRE

On revient ensuite à la berge externe pour procéder également, de ce côté, au dédoublement des tranches de section et à la libération du muscle orbiculaire. La couche musculaire doit être largement exposée; nous avons longuement insisté sur cette manœuvre opératoire (p. 64).

3° SUTURE MUSCULAIRE

Nous savons l'importance de la suture musculaire pour la réfection de la lèvre, et nous avons vu que la libération soigneuse des muscles permet d'exécuter une véritable suture anatomique du muscle orbiculaire.

Nous utilisons le plus souvent deux anses métalliques. La première anse est passée dans les muscles qui vont s'attacher à l'aile du nez; la deuxième saisit toute l'épaisseur du muscle orbiculaire.

Il est important d'avoir une bonne prise sur la berge interne; cette condition n'est pas toujours facile à réaliser.

Parfois l'aiguille charge insuffisamment de tissus et le fil métallique n'a aucune utilité. Parfois l'aiguille pique vigoureusement et paraît avoir une prise solide : mais on s'aperçoit qu'on a transfixié la peau, et il faut recommencer la manœuvre.

Les extrémités des deux anses métalliques sont passées à travers le petit tablier de muqueuse qui formera le tubercule labial médian; elles



FIG. 106. — Sutures postérieures de la lèvre.

sont aussitôt repérées par des pinces, pour être nouées secondairement à la fin de l'intervention.

4° SUTURE DE LA MUQUEUSE POSTÉRIEURE

Nous commençons le plus souvent la suture des téguments par celle de la muqueuse postérieure de la lèvre (fig. 101 et 106). En éversant les deux berges pour bien exposer leur face profonde, on passe, avec une fine aiguille droite de Reverdin, quelques crins pour fixer chacune des deux berges aux bords latéraux du lambeau muqueux médian. Les extrémités de ces deux berges viennent se juxtaposer au-dessus de son bord supérieur; elles l'encadrent donc complètement et lui donnent l'aspect du tubercule labial médian que Mirault s'est efforcé si souvent de reconstituer.

Nous avons dit qu'il était inutile de se préoccuper d'avoir un affrontement parfait, puisqu'il ne persiste pas de cicatrice sur la muqueuse.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce fait.

5° SUTURE DU SEUIL NARINAIRE

Après avoir noué et coupé les crins qui viennent d'être passés sur la muqueuse, on revient sur la face antérieure de la lèvre. Il nous paraît préférable d'entreprendre aussitôt la suture du seuil narinaire.

La réfection de l'orifice et du seuil narinaire consiste à fixer par emboîtement réciproque : — l'implantation de l'aile du nez que nous avons détachée sur la berge externe, — et l'avivement pratiqué sur la face latérale de la sous-cloison au moment de la taille du lambeau vomérien. De ces deux surfaces, l'une constitue une saillie en redan, l'autre forme un angle rentrant; l'emboîtement est donc possible, il est d'ailleurs considérablement facilité par la restauration du vestibule narinaire qui a sérieusement préparé les voies en ébauchant et amorçant cette coaptation.

La suture est assurée par quelques crins résistants passés avec la fine aiguille de Reverdin. Il faut étudier, avec beaucoup de soin, le siège exact de ces différents points; l'expérience seule montrera le meilleur endroit.

Il est souvent préférable de ne pas nouer immédiatement le point le plus antérieur pour réaliser avec plus de facilité la suture cutanée. On repérera avec une pince les extrémités de ce dernier crin qui ne sera noué qu'après avoir achevé la suture des téguments.

6° SUTURE DES TÉGUMENTS

Nous n'ajouterons rien aux directives et aux considérations qui ont été longuement exposées dans la première partie.

Nous nous contenterons de rappeler l'importance de la réfection minutieuse de la ligne cutanéomuqueuse, et l'intérêt de la loupe binoculaire qui est nécessaire pour faire cette suture avec précision. On utilisera les aiguilles et la soie vasculaire pour achever la suture de la muqueuse et effectuer la suture de la peau en remontant de bas en haut (fig. 98 et 106).

Lorsqu'on place les derniers points au niveau du seuil narinaire, on est parfois surpris d'avoir trop de téguments; il nous est arrivé quelquefois d'en réséquer une petite tranche, dont l'épaisseur se compte d'ailleurs en demi-millimètre.

La suture des téguments est le dernier temps de l'intervention; sans être le plus difficile, il en est le plus minutieux. Il ne reste plus qu'à nouer le dernier crin placé en attente au niveau du seuil narinaire, puis à serrer les fils métalliques comme nous l'avons indiqué précédemment.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Après l'intervention, on lavera soigneusement la lèvre et la bouche avec de l'eau bouillie, puis on appliquera pendant vingt-quatre heures sur la plaie, par une bande étroite de leucoplaste, une compresse imbibée de sérum que l'on renouvellera à plusieurs reprises. Il est capital d'empêcher l'enfant de porter ses mains sur la région opératoire. On y arrive facilement en cousant dans la manche de la chemise un rouleau de carton qui, allant de l'épaule au poignet, empêche la flexion du coude. L'enfant conserve ainsi la liberté complète de ses mains et de ses épaules, et il joue comme une marionnette de guignol.

Dès que l'enfant est ramené dans son berceau, on peut commencer une instillation rectale en goutte à goutte de sérum glucosé bicarbonaté que l'on répétera à trois ou quatre reprises dans les vingt-quatre heures. On appliquera sur la poitrine un large enveloppement sinapisé.

Dans les heures qui suivent, on surveillera la température; celle-ci peut monter à 39° ou 40°, on luttera efficacement contre cette hyperthermie par de grands lavements d'eau bicarbonatée (une pincée de bicarbonate pour 50 grammes d'eau) prise à la température ambiante et administrée par fraction toutes les deux heures. S'il s'agit d'un jeune enfant, on lui donnera à boire très rapidement de l'eau sucrée, quelques heures après l'opération, mais on se servira pour cela d'une cuillère à café et on administrera ainsi, par petites portions fractionnées de deux en deux heures, une quantité assez importante de liquide. Si l'enfant est plus âgé (entre quatre et cinq ans), on attendra jusqu'au soir et l'on ne donnera que de l'eau sucrée à la cuillère.

Les jours suivants, on lavera soigneusement la bouche et la langue avec de l'eau bouillie et on pratiquera un attouchement avec un tampon enduit de glycérine boratée. La cicatrice sera nettoyée minutieusement avec des tampons d'ouate imbibée d'eau bouillie ou d'eau oxygénée diluée; nous utilisons volontiers dans les jours qui suivent l'opération une solution formulée par Jalaguier (Salicylate de soude : 20 grammes; Eau de laurier cerise : 80 grammes; Alcool à 90° : 200 grammes), et, lorsque les teguments semblent un peu enflammés, nous les enduons d'une très légère couche de pommade ichtyolée ou collargolée.

Il est bon d'administrer, pendant quelques jours, chez les nourrissons, un petit lavement tous les matins; il facilite l'évacuation du sang dégluti qui peut agir comme toxique dans le tube digestif de l'enfant, inapte encore à le digérer. Les enveloppements sinapisés, les instillations rec-

tales de sérum glucosé bicarbonaté seront encore prescrits pendant plusieurs jours.

L'alimentation ne sera reprise que progressivement; le lendemain de l'opération, on ne donnera encore que de l'eau sucrée ou du tilleul chaud très sucré auquel on ajoutera volontiers un peu de citrate de soude (2 grammes pour 125 grammes environ).

Après quarante-huit heures, s'il n'y a pas d'hyperthermie, on reprendra une alimentation légère (lait coupé d'eau au tiers et bouillon de légumes chez les grands enfants); seuls les nourrissons élevés au sein pourront recevoir sans inconvénients, dès le deuxième jour, le lait maternel qu'on administrera toujours à la cuillère. Vers le cinquième jour, on permettra une alimentation normale, et les enfants âgés recevront une nourriture plus substantielle avec potages, bouillies ou purées légères.

Dès le troisième jour, il faut regarder attentivement la plaie et enlever les fils qui ont tendance à couper; cette section commande l'ablation des fils. Généralement, vers le sixième jour, tous les fils d'affrontement cutané sont enlevés. On n'a pas à se soucier des points muqueux sur la face profonde de la lèvre: ceux-là ne laissent pas de cicatrice, ils seront enlevés du sixième au huitième jour.

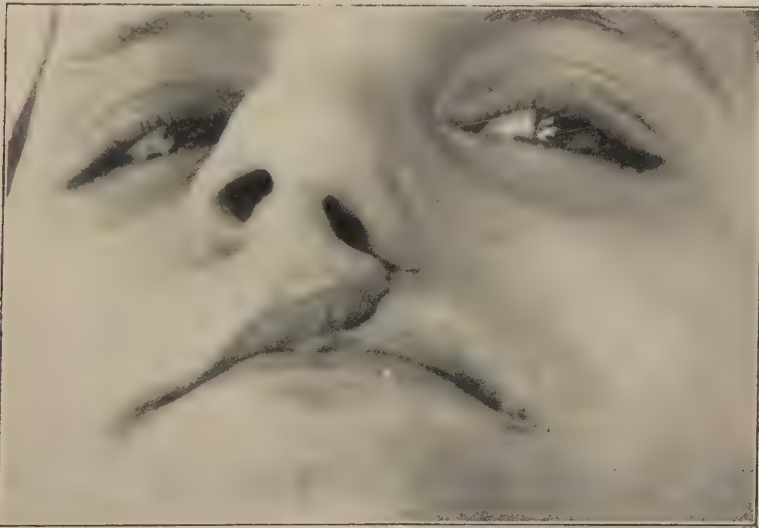
Cette ablation des fils de suture, surtout chez un nourrisson, n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le penser; l'enfant effrayé pousse des cris déchirants et se défend comme il peut en remuant la tête avec force. Dans de telles conditions, il devient malaisé de saisir avec une pince, puis de couper un fil aussi menu que la soie vasculaire; cette ablation des points lassait la patience de Jalaguier, qui avait renoncé pour cela à utiliser ce mode de suture. Il faut donc avoir soin de placer l'enfant en pleine lumière, et d'avoir recours à deux aides avertis qui le tiendront vigoureusement et immobiliseront parfaitement la tête.

Quant aux fils métalliques qui assurent la suture musculaire, on ne les enlèvera que plus tardivement, du huitième au dixième jour. Là encore la manœuvre est délicate: l'enfant étant bien maintenu par les aides, on saisit avec une pince l'extrémité du fil tortillé et on tire assez fortement jusqu'à ce que le nœud apparaisse; c'est derrière lui qu'on introduit l'une des branches des ciseaux pour couper l'anse métallique. On ne doit pas couper le fil tant qu'on n'est pas assuré d'être au delà du nœud, sinon on risquerait fort de laisser dans la lèvre l'anse métallique. Cela n'aurait sans doute pas d'inconvénient, mais c'est un incident qu'il est préférable et facile d'éviter avec un peu d'attention.



Moïse L., 25 mois. — Bec-de-lièvre unilatéral total avec pont de tégument, opéré en province à l'âge de 6 semaines.

Le chirurgien avait fait l'incision du lambeau interne comme le conseille M. Jala-guier, mais il n'a pas su faire la suture de la peau : il n'a pas raccordé la ligne cutané-muqueuse. Les cicatrices cutanées sont très apparentes, objectivées encore par une dépression pontiforme à la partie supérieure.



ANDRÉ B., 9 ans 1/2. — Bec-de-lièvre unilatéral total, opéré à 1 an par un des maîtres les plus éminents de la chirurgie méridionale.

L'opérateur a voulu faire un Mirault avec lambeau externe, mais il n'a pas avivé la berge interne. La ligne cutané-muqueuse a été complètement négligée.

Une incision a été faite au niveau de l'aile du nez, mais elle a été totalement inutile.



MARIE D..., 8 ans.

Bec-de-lièvre unilatéral total, opéré deux fois par un chirurgien des hôpitaux de Paris.

L'étalement de la narine est à son maximum.

La lèvre n'est reconstituée que dans sa partie inférieure.

La narine a lâché, malgré la présence de deux points profonds passés à distance dont on voit les traces de chaque côté.

La ligne cutanéomuqueuse est bonne.

Le profil est disgracieux parce que la lèvre commence près de la pointe du nez, la sous-cloison est effacée.



ALICE L., 11 ans.

Bec-de-lièvre unilatéral total, opéré à 9 mois par un chirurgien de l'Assistance, qui a fait une ostéotomie du maxillaire. Les germes dentaires ont été complètement bouleversés.

L'opérateur a fait un Mirault en prenant un lambeau interne avec lequel il a reconstitué la totalité du rebord muqueux. La berge externe de la fente n'a pas été utilisée; l'avivement externe l'a supprimée. Cette pratique est souvent représentée dans nos classiques comme le procédé de Mirault : c'est une grosse erreur historique.

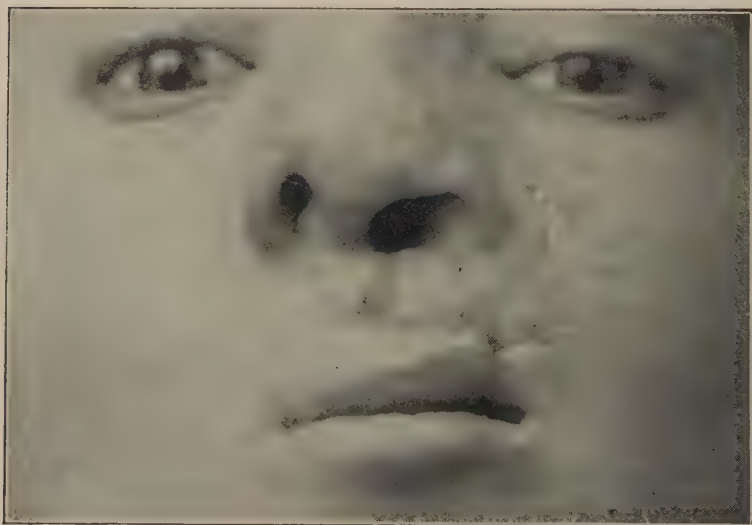
La section de l'os a contribué à l'aplatissement de la lèvre et a été inopérante pour reconstituer une meilleure narine.

Malgré l'ostéotomie, la cloison fait saillie dans la narine du côté sain.



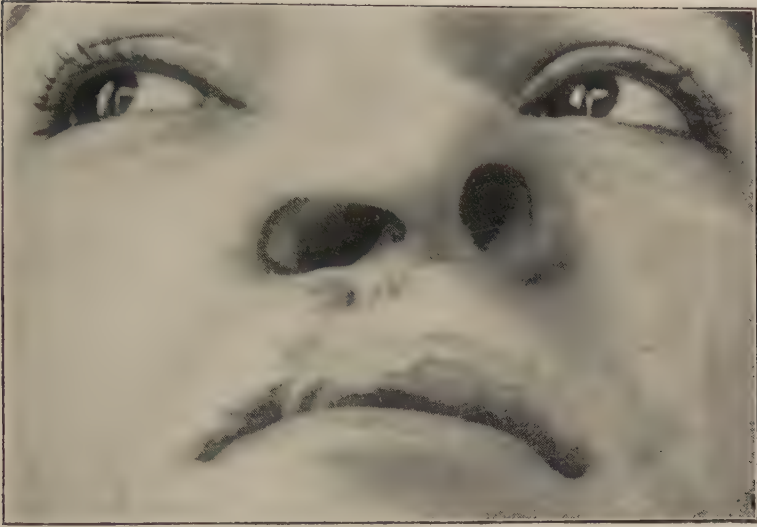
MADELEINE B..., 6 ans. — Bec-de-lièvre unilatéral total avec pont de tégument, opéré à l'âge de 3 mois dans un hôpital de l'Assistance.

L'opérateur a fait un Mirault avec un grand lambeau interne.
La narine est très étalée.



RENÉ W..., 15 ans. — Cet enfant a été opéré à Strasbourg par un chirurgien allemand, qui a suivi le procédé de Kœnig avec débridement externe. Nous ne pouvons pas comprendre l'utilité de ces incisions; la lèvre est d'une élasticité invraisemblable : on l'amène où on veut. Dans le cas particulier, nous ne voyons pas à quoi ces incisions ont pu servir, mais la trace en est indélébile.

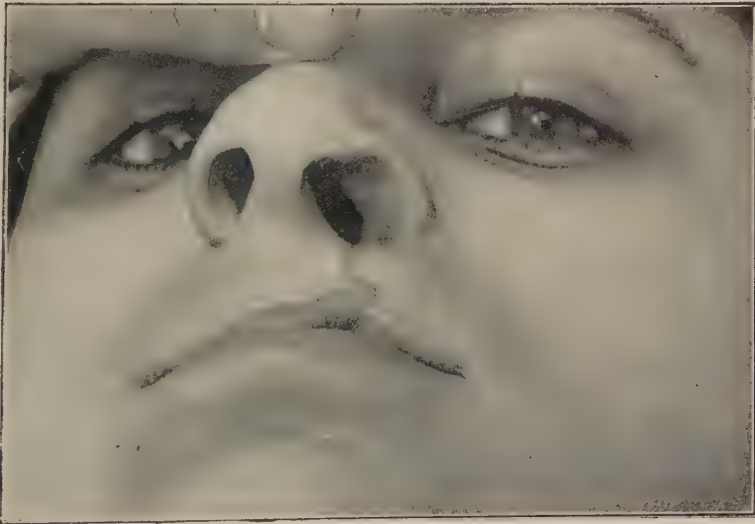
La narine n'est pas meilleure que celles que nous faisons en France.



LÉON M..., 19 ans. — Bec-de-lièvre unilatéral total, opéré en province à l'âge de 2 ans.

Déformation typique de la narine après une opération satisfaisante. L'orifice narine transversale est en retrait sur l'orifice sain; la pointe du nez est formée par la saillie du cartilage narinaire sain.

Sur la lèvre il existe une cicatrice gaufrée.



ADRIEN G..., 7 ans. — Bec-de-lièvre unilatéral total, opéré au Venezuela à l'âge de 10 mois.

La lèvre a été reconstituée suivant les principes du procédé de Jalaguier, mais il y a eu un mauvais raccordement de la ligne cutané-muqueuse.

L'étalement de la narine est typique. Le pli vestibulaire normal sépare cette narine éversée de la cavité des fosses nasales.



GERMAINE B..., 11 ans (enfant assistée opérée avant son abandon). — La lèvre est bien reconstituée ; la déformation narinaire est moins accentuée que dans les cas précédents. L'orifice a conservé une direction sagittale, mais l'aile du nez est étalée.



RODOLPHE S..., 16 ans. — Bec-de-lièvre unilatéral total, opéré par un professeur de Leipzig à l'âge de 6 semaines. La mère est très affirmative pour dire qu'il y avait un pont de tégument entre les berges.

La lèvre est bonne.

La narine est très déformée ; son bord antérieur est convexe du côté de l'orifice.



MARCELLE L..., 2 ans 1/2.

Bec-de-lièvre unilatéral total, opéré par un chirurgien des hôpitaux de Paris à l'âge de 4 mois et de 6 mois 1/2.

La lèvre est aplatie.

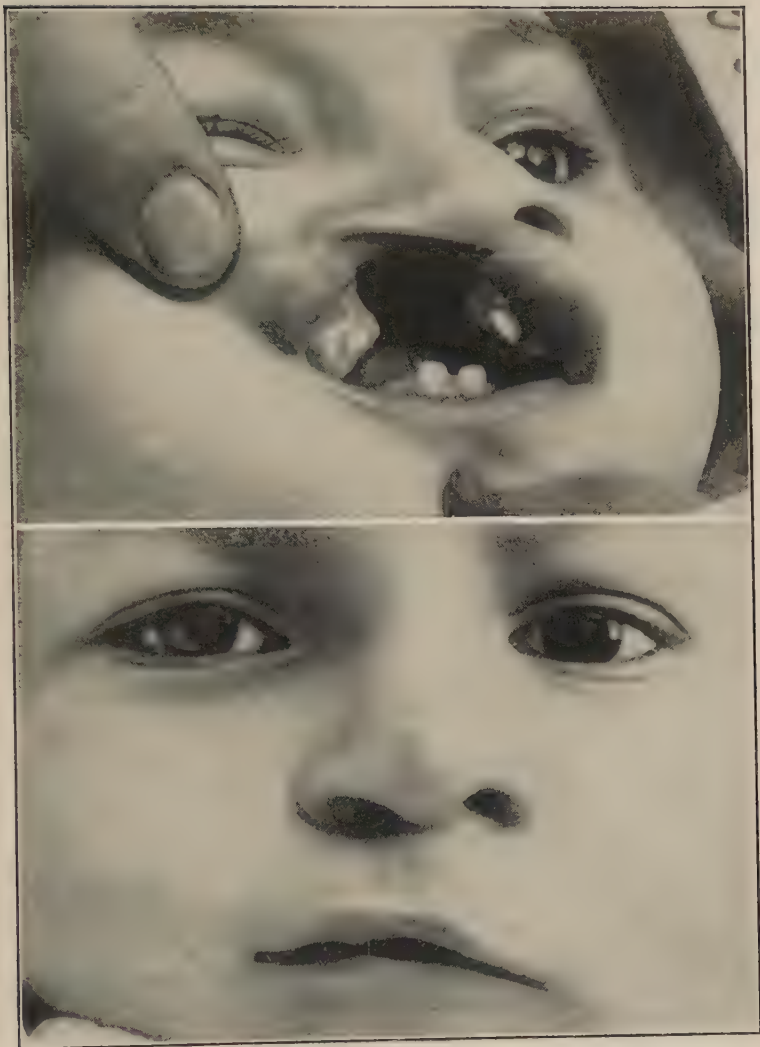
La narine est très rétrécie. C'est là une déformation qu'il faut éviter à tout prix parce que l'infection est fatale et grave dans cette fosse nasale par laquelle la respiration est obstruée. Il est difficile de corriger cette atresie.



Résultat de l'opération de Jalaguier.

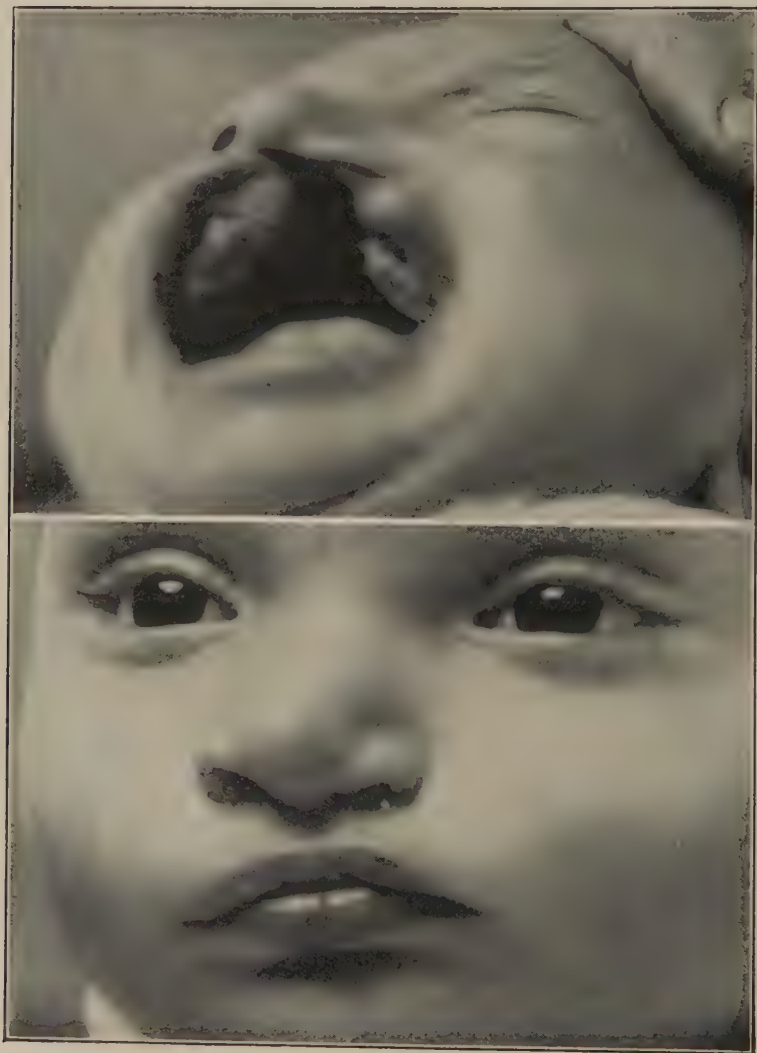
En haut. — Une femme de 32 ans, opérée 28 ans auparavant par M. Jalaguier pour un bec-de-lièvre simple.

En bas. — Enfant de 12 ans, opérée à 3 mois pour un bec-de-lièvre unilatéral total. Le nez est dévié, la lèvre peu saillante ; le bord muqueux est effacé du côté de la fente.



EMILE Z..., à 10 mois et à 2 ans 1/2.

Toutes les photographies qui suivent n'ont subi aucune espèce de retouche, ni sur le négatif, ni sur le positif ; et l'enfant n'était pas fardé ni avec du rouge ni avec de la poudre.



MICHELINE G..., à 2 mois et à 14 mois.

Le liséré cutanéomuqueux est bien saillant.

Le nez est encore asymétrique, car la photographie a été prise un an après la première opération quand le palais a été suturé.



CLAUDE D..., à 6 mois et à 18 mois.

Le liséré cutanéomuqueux, très saillant, ébauche un arc de Cupidon.
La narine est étalée.



EDMOND C..., à 3 mois et à 3 ans.

La lèvre a été opérée à 3 mois, et le palais à 10 mois, en 1927.

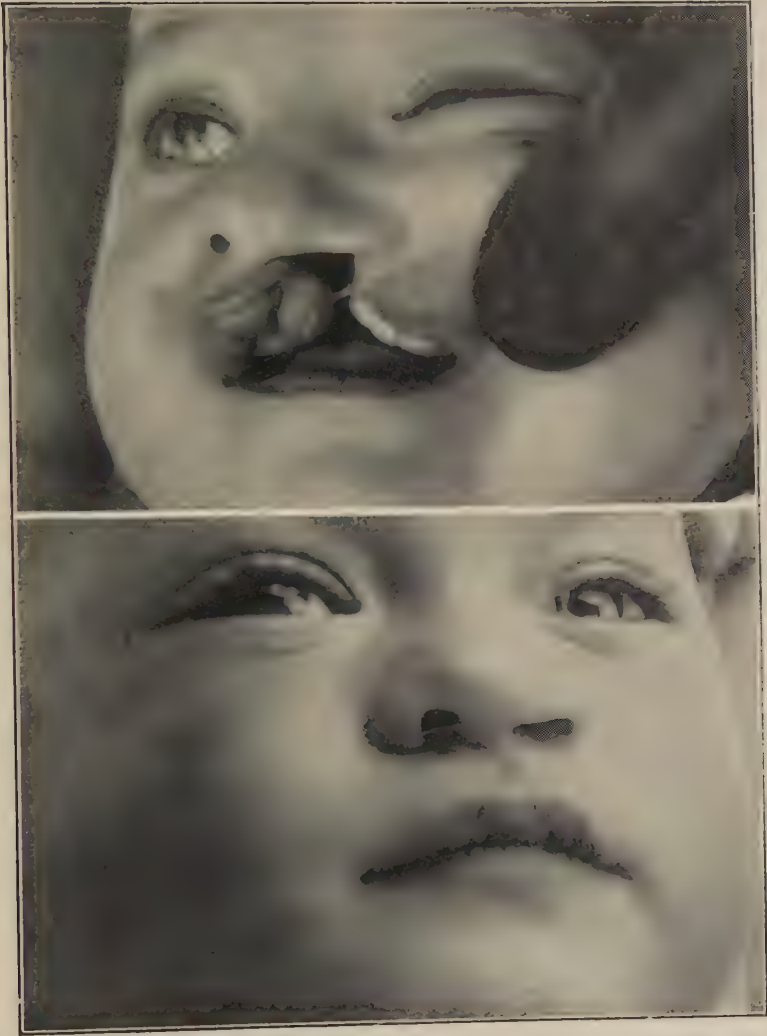


GUY P..., à 3 mois et à 8 mois.
Cinq mois après la première opération, le nez est déjà bien redressé.



PIERRE C..., à 6 mois et à 22 mois.

L'os intermaxillaire était tellement saillant que la lèvre externe de la berge passait en arrière de lui. Il est rentré dans le rang après la suture.
Ce fait montre l'inutilité de l'ostéotomie même dans les cas graves.



FRANÇOIS G..., à 3 mois 1/2 et à 15 mois.

La présence du petit pont de tégument entre les berges a facilité beaucoup la reconstitution de la narine.



RENÉ T..., à 3 mois et à 4 ans.

La lèvre a été fermée à 3 mois, le palais suturé à 6 mois.

L'âge avancé de l'enfant explique la qualité de la narine.

Cet enfant a parlé normalement à la séance de la Société de Chirurgie du
15 juin 1929.

CONCLUSIONS

1° Le traitement du bec-de-lièvre unilatéral comprend deux opérations fondamentalement différentes, mais qui doivent être conjuguées :

- *l'opération pour la lèvre*, qui s'applique indifféremment aux formes simple ou totale.
- *l'opération pour la narine*, qui répond uniquement à la forme totale.

2° Pour apprécier sainement les résultats de ces interventions, il ne faut pas se contenter de comparer le visage du jeune opéré avec les photographies de la malformation antérieure ; ce serait trop facile de tirer vanité d'une intervention quelquefois médiocre. Il faut comparer la lèvre reconstituée à une lèvre normale et avoir le courage de reconnaître le fossé qui sépare la réalité de l'idéal que nous voudrions atteindre.

3° L'appréciation des résultats est rendue difficile par un fait capital qui domine toute la chirurgie du bec-de-lièvre : nous intervenons sur des tissus *en puissance d'évolution*, et ce n'est qu'après plusieurs années que nous pouvons juger réellement du résultat opératoire.

4° **La lèvre.** — Tous les détails esthétiques d'une lèvre normale (philtron, liséré labial, tubercule labial médian) sont conservés dans le bec-de-lièvre ; on doit les connaître pour les respecter soigneusement en corrigeant la fente labiale.

La proéminence de la lèvre supérieure est un fait capital chez l'enfant ; la saillie de cette lèvre doit être une des préoccupations constantes du chirurgien.

5° L'étude des résultats opératoires est particulièrement instructive ; elle nous permet de mettre très nettement en lumière :

- les mauvais résultats dont l'opérateur est entièrement responsable : enclavement de la muqueuse, irrégularité de la ligne cutanéomuqueuse, irrégularité du bord libre de la lèvre ;
- les imperfections habituelles qui sont dues à l'insuffisance de nos procédés opératoires : retrait de la lèvre supérieure, déformation du liséré labial, absence ou déviation des crêtes philtrales.

6° Dans la correction d'un bec-de-lièvre, le meilleur procédé opératoire sera celui qui respectera le plus les dispositions embryologiques et reconstruira les plans suivant leur ordonnance naturelle.

Au point de vue anatomique, deux faits méritent d'être précisés, car ils serviront de base à une technique rationnelle :

- le siège exact de la fente labiale au niveau de la peau et de la muqueuse,
- la stérilité musculaire de la berge interne de la fente.

7° La fermeture de la fente labiale est rendue difficile par l'inconsistance désespérante de la lèvre et par la nécessité d'un affrontement parfait des sutures.

Dans la technique que nous décrivons, deux temps nous paraissent essentiels :

- a) La réfection de la sangle musculaire.
- b) La suture de la ligne cutané-muqueuse.

8° **La narine.** — La narine n'est pas seulement un orifice, mais une cavité vestibulaire. Dans un bec-de-lièvre total, sa reconstitution ne doit pas se limiter à la simple réfection de son orifice, mais à celle de tout le plancher vestibulaire.

9° Les déformations de la narine sont presque constantes après l'opération ; elles sont toujours plus frappantes dans un bec-de-lièvre unilatéral que dans un bilatéral, parce que l'asymétrie en souligne la défec-tuosité.

Ces imperfections (étalement de l'aile du nez, irrégularité de l'orifice narinaire, déviation de la pointe du nez) témoignent de l'insuffisance actuelle de nos procédés opératoires. Par contre, le rétrécissement de la narine est une faute grave où la responsabilité de l'opérateur est directement engagée ; nous devons éviter cette déformation.

10° Les bases anatomiques et les considérations embryologiques, qui serviront de directives opératoires, comportent deux ordres de faits bien distincts :

- pour la reconstitution du plancher vestibulaire, les faits sont indiscutables et les conséquences chirurgicales en découlent d'elles-mêmes ;
- pour la correction de l'étalement de l'aile du nez, les faits n'ont pas encore une valeur positive concluante et, pour le moment, leur intérêt reste encore théorique.

11° La technique de l'opération de la narine présente trois principes généraux :

a) La reconstitution du plancher du vestibule narinaire par la taille et la bascule de la muqueuse vomérienne.

b) La réfection de l'orifice narinaire par une imbrication de sutures, après un large décollement de toute la région.

c) La réalisation d'un tubercule labial médian pour assurer une meilleure saillie de la lèvre supérieure.

Les différents détails de l'intervention répondent à ces trois principes directeurs.

12° En résumé, nous proposons :

- pour la *lèvre* : une méthode facile à comprendre, plus difficile à réaliser, car son exécution doit être impeccable, mais qui, par ses résultats lorsqu'ils sont bons, est susceptible de satisfaire les plus exigeants ;
- pour la *narine* : une méthode difficile à comprendre, plus facile à exécuter, mais qui n'est peut-être pas encore la technique idéale; nous espérons pouvoir la perfectionner un jour.

VU : *Le Doyen*,

V. BALTHAZARD.

VU : *Le Président de Thèse*,

P. DUVAL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AYASSE. — Etude historique et critique des procédés de restauration du rebord alvéolaire dans le bec-de-lièvre compliqué. *Thèse de Paris*, 1897.
- BARGE. — Hazenlip en scherve gesichtsspleet volgens nieuwere onderzoeken. *Nederl. Tijdschr. V. Geneesk.*, Amst, t. II, 1914, pp. 1416-1498.
- BERRY et LEGG. — *Hare-lip and cleft palate ; with special reference to the operative treatment and its results*, Londres, 1912, 341 pages.
- BLAIR. — Repair of single congenital cleft of the lip. *Transactions of the Southern Surgical Association*, Philadelphie, t. XXXVII, 1924, pp. 104-109.
- BLAIR et BROWN. — Mirault operation for single harelip. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LI, n° 1, juillet 1930, pp. 81-99, 61 figures.
- BLAKEWAY. — The effects of cleft palate operations on the dental arc. *Practitioner*, t. XCV, 1915, pp. 145-169.
- BROCA — Vices de développement de la face et du cou. *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus, Paris, t. V, 1898, pp. 12 à 38.
- BROCA. — Bec-de-lièvre et palatoplastie. *Ass. française de Chirurgie*, Paris, 1905-1906.
- BROCA. — Opération d'un bec-de-lièvre complexe unilatéral. *Rev. génér. de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, t. XX, 1906, p. 81.
- BROPHY. — Hare-lip. *Chicago M. Times*, t. XXIX, 1895-1896, p. 47.
- BROPHY. — *Cleft lip and palate*, Londres, 1924, 340 pages, 466 figures.
- BROWN. — Readjustment of the superior maxillar in treatment of hare-lip and cleft palate and their separation by direct pressure for the relief of deflected nasal septum and contracted noses. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, Chicago, t. LII, 1909, pp. 1026-1031.
- BRYAN. — Operative correction of hare-lip and cleft palate. *South. M. J.*, t. VIII, 1915, pp. 218-222.
- BRYAN. — Hare-lip. *Surg. Gyn. et Obst.*, Chicago, t. XXV, 1917, pp. 209-213.
- CADENAT. — Recherche sur l'embryologie et la pathogénie du bec-de-lièvre. *Thèse de Toulouse*, 1924.
- COLEMAN. — The treatment of unilateral hare-lip, with special reference to the associated deformity of the nose. *Virginia Medical Monthly*, Richmond, t. LI, 1924-1925, pp. 393-399.
- DAVIS et RITCHIE. — Classification of congenital clefts of the lip and palate: wiht a suggestion for recording these cases. *Journ. Amér. Méd. Assoc.*, t. LXXIX, 1922, pp. 1323-1327.
- DAVIS. — The incidence of congenital clefts of the lip and palate. *Ann. Surg.*, Philadelphie, t. LXXX, 1924, pp. 363-374.
- DECRETE. — Déformations des narines dans le bec-de-lièvre *Thèse de Paris*, 1897.
- DELAGÉNIÈRE. — Du véritable procédé de Mirault, d'Angers, pour l'opération du bec-de-lièvre. *Arch. Prov. de Chir.*, Paris, t. XII, 1903, pp. 717-721.
- DENISE. — Traitement du bec-de-lièvre simple et compliqué. *Thèse de Paris*, 1883-1884.

- DUNHAM. — Hare-lip technic *Ann. Surg.*, Philadelphie, t. LXVIII, 1918, p. 104.
- DUPLAY. — Ostéotomie du maxillaire supérieur dans le bec-de-lièvre unilatéral total. *Bull. Soc. de Chir.*, 3^e série, t. II, 1873, p. 573.
- EASTMANN. — Technic of hare-lip and cleft palate operations. *Journ. Indiana Med. Assoc.*, t. I, 1908, pp. 310-317.
- EASTMANN. — Principles of hare-lip and cleft palate surgery. *Lancet*, clin., Cincinnati, t. CXIV, 1915, pp. 474-478.
- FEDERSPIEL. — *Hare-lip and cleft palate*, Saint-Louis, 1927, 200 pages, 156 figures.
- FELBER. — Enlage und Entwicklung des maxillare und premaxillare des Menschen. *Thèse de Zurich*, 1917.
- GIRALDES. — Nouveau procédé opératoire pour le bec-de-lièvre. *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, t. V, 1864, p. 386, et t. VI, 1865, p. 327.
- GOYDER. — Hare-lip : modifications and extensions of Owen's operation. *Brit. M. J.*, Londres, t. II, 1911, p. 500.
- JACQUES. — Anatomie des fosses nasales. *Traité d'Anatomie humaine*, Poirier et Charpy, Paris, t. V, fasc. II, 1912.
- HAGEMANN. — Eine zweckmässige Modification des Heftpflasterverbandes bei Hasenschartenoperationen. *Zentralbl. f. Chir.*, t. XLI, 1914, p. 884.
- HAGENTORN. — Hare-lip : technic of operation. *Deutsche Ztschr. f. Chir.*, t. 212, 1928, pp. 391-398.
- HORSLEY. — End-results after hare-lip operations. *Virginia Med. Monthly*, Richmond, t. 54, mars 1928, pp. 753-757.
- KLAFF et BAUGE. — Affections de la tête et du cou. *Die Chirurgie*, von Kirschner und Nordmann, Berlin, Bd. IV, 1^o Teil, 1925, p. 673.
- KIRMISSON. — Bec-de-lièvre. *Traité des Maladies congénitales*, Paris.
- KIRMISSON. — Le bec-de-lièvre et son traitement. *Ann. de Méd. et Chir. inf.*, Paris, t. VII, 1903, pp. 472-478.
- KÖNIG. — *Lehrbuch der speziellen Chirurgie*, Bd. I.
- LE DENTU. — Bec-de-lièvre. *Nouveau Traité de Chirurgie*, par Le Dentu et Delbet, Paris, t. XV, 1911, 172 figures.
- LEXER. — Chirurgie des Kopfes. *Handbuch der Praktisch. Chir.*, von Carré, Küttner, Lexer, Bd. I, 1921, p. 545.
- MALGAIGNE. — Méthode nouvelle pour l'opération du bec-de-lièvre. *Soc. de Chir.*, 20 décembre 1843, et *Journ. de Chir.*, de Malgaigne, t. II, janvier 1844, pp. 1 à 66.
- MEIGE. — Variation morphologique des lèvres. *Presse médicale*, 2 janvier 1926, pp. 11 à 14, 10 figures.
- MIRAULT. — Lettre à Malgaigne. *Journ. de Chir.*, de Malgaigne : t. II, septembre 1844, p. 257 ; t. III, janvier 1845, p. 5.
- MIRAULT. — *De la résection sous-périostée du vomer appliquée à la cure du bec-de-lièvre bilatéral compliqué de la saillie des os intermaxillaires* (précédée de l'exposé sommaire des travaux de l'auteur sur le traitement de cette monstruosité), Angers, 1871.
- MONOD et VANWERTS. — *Traité de Technique opératoire*, Paris, t. II, 1902, pp. 1 à 16.
- MOOREHEAD. — The correction of congenital cleft palate and hare-lip. Surgical principles involved. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, Chicago, t. XXVII, 1921, pp. 1951 à 1954.
- MOOREHEAD. — Congenital cleft lip and palate ; some personal observations. *Journ. of the Amer. Dental Assoc.*, Chicago, t. 14, juin 1927, pp. 1098-1107.
- NELATON. — *Eléments de Pathologie chirurgicale*, Paris, t. II, 1847-1848, p. 702.

- NICOLL. — Operative treatment of hare-lip and cleft palate. *Ann. Surg., Philadelphie*, t. LXIX, 1919, pp. 12-14.
- OMBRÉDANNE. — Le bec-de-lièvre simple incomplet et l'hypoplasie de l'orbiculaire. *Rev. d'Orthopédie*, Paris, t. I, n° 2, 1910, pp. 143-158.
- OMBRÉDANNE. — *Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile*, Paris, Masson, 1923.
- PADGETT. — Repair of hare-lip and accompanying nasal deformity. *Journ. of Kansas Med. Soc.*, Topeka, t. 30, mai 1929, pp. 143-147.
- PERL. — Traitement du bec-de-lièvre unilatéral (procédé de Jalaguier). *Thèse de Paris*, 1912, 97 pages.
- PRÉCHAUD. — Un point de technique sur l'opération de bec-de-lièvre. *Rev. mens. de Gyn.*, Bordeaux, t. V, 1903, pp. 366-373.
- PRINCETEAU. — Bec-de-lièvre simple ; opération. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, t. XXXIV, 1904, p. 354.
- ROCHER. — Bec-de-lièvre complexe unilatéral gauche. *Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, t. XLV, 1924, p. 457.
- ROSE. — *On hare-lip and cleft palate*, Londres, 1891.
- SMITH. — *System of Surgery*, Philadelphie, 1852.
- TEXIER. — Traitement du bec-de-lièvre simple (procédé de Jalaguier). *Thèse de Paris*, 1905, 63 pages.
- THOMPSON. — An artistic and mathematically accurate method of repairing the defect in cases of hare-lip. *Surg. Gyn. et Obst.*, Chicago, t. XIV, 1912, pp. 498-505.
- THOMPSON. — The simplification of technic in operations for hare-lip and cleft palate. *Ann. Surg., Philadelphie*, t. LXXVI, 1921, pp. 394-425, 9 planches.
- VEAU. — Traitement du bec-de-lièvre simple (procédé de Jalaguier). *Presse médicale*, t. XVIII, 1910, pp. 825-827.
- VEAU et RUPPE. — De la correction du bec-de-lièvre unilatéral (procédé de Jalaguier). *Presse médicale*, t. XXIX, 1921, pp. 321-324.
- VEAU. — Bec-de-lièvre. *Rev. de Stomatologie*, Paris, t. XXVII, 1925, pp. 1223-1246.
- VEAU. — Les formes anatomiques du bec-de-lièvre ordinaire. *Ann. Anat. path. médic. chir.*, Paris, t. II, n° 3, 1925, pp. 215-307.
- VEAU. — Le rôle du tubercule médian dans la constitution de la face. *Ann. Anat. médic. chir.*, Paris, t. III, n° 4, 1926, pp. 305-348.
- VEAU. — Anatomie du bec-de-lièvre unilatéral total. *Ann. Anat. path. médic. chir.*, Paris, t. V, n° 6, 1928, pp. 601-632.
- VEAU. — *Division palatine*, Paris, Masson, 1931, 562 pages, 786 figures.
- VERRIER. — Du procédé de Mirault, d'Angers, dans le traitement du bec-de-lièvre unilatéral simple. *Thèse de Paris*, 1880.
- ZAHAREANU. — La déformation de la narine dans le bec-de-lièvre unilatéral total. *Thèse de Paris*, 1921.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

La Lèvre.

<i>Chapitre I.</i> — La forme idéale.....	9
<i>Chapitre II.</i> — Les méthodes	14
<i>Chapitre III.</i> — Les mauvais résultats.....	33
<i>Chapitre IV.</i> — Bases anatomiques. Directives embryologiques..	46
<i>Chapitre V.</i> — Technique de l'opération de la lèvre.....	51

DEUXIÈME PARTIE

La Narine.

<i>Chapitre I.</i> — La forme idéale	73
<i>Chapitre II.</i> — Les méthodes	81
<i>Chapitre III.</i> — Les résultats	86
<i>Chapitre IV.</i> — Bases anatomiques. Directives embryologiques...	96
<i>Chapitre V.</i> — Technique de l'opération de la narine.....	112

NIORT. — IMP. TH. MARTIN
